

CLINICA DE OBSTETRICIA.

DIAGNOSTICO DE LAS PRESENTACIONES OCCIPITO-POSTERIORES.

I

EN la práctica médica y á la cabecera de los enfermos es donde se aprende más sin género de duda y de la enseñanza clínica saca el práctico los conocimientos más útiles para el ejercicio del arte; los errores enseñan la manera de no cometerlos en lo sucesivo y discutiendo los fracasos se llega á prevenirlos.

Allí es donde he aprendido lo poco útil que encierra el presente trabajo y de mis errores y de los errores de otros he procurado sacar una lección que ya he podido aprovechar.

Uno de los frecuentes casos de distocia, en México, es debido á las presentaciones occípito-posteriores cuando la cabeza no ejecuta el movimiento de rotación hacia adelante. En esas condiciones sabido es que para que el occipital salga de la vulva no sólo tiene que recorrer la gran curva sacro-perineal sino que el diámetro fronto-dorsal que mide de 11.5 á 12 centímetros tiene que recorrer un canal en donde apenas cabe, pues esas son sus dimensiones en la excavación al estado seco y menores aún cuando está revestido de sus partes blandas. Da por resultado que la longitud del trabajo agota la mayor parte de las veces los esfuerzos de la matriz, que ésta se cansa, que cesan las contracciones, y que el práctico se ve en la necesidad de intervenir para ayudar á terminar el trabajo que no puede ya verificarse por las fuerzas naturales.

Salta á la vista que es conveniente y no sólo conveniente, sino preciso, que el partero conozca la presentación y posición pues de este conocimiento depende por completo la buena y oportuna intervención.

No es este el momento de discutir cuál es la mejor intervención en casos de esta naturaleza, pero ya sea que se adopten las ideas belgas y se pretenda hacer la aplicación de la palanca, ya que se quiera hacer la aplicación del forceps siguiendo los consejos de Loviot, ya que se pretenda la rotación de la cabeza con una sola aplicación como lo quiere Tarnier imi-

tando á Blot, ya que se desee hacer la rotación por medio de una doble aplicación, en todos estos métodos sin género de duda para decidirse á aplicarlos es indispensable el conocimiento de la posición, pues si ésta queda desconocida no habrá quien intente de seguro ejecutar las maniobras indicadas. Podrá decirse que en las presentaciones occípito-posteriores puede extraerse la cabeza directamente y que tal intervención dispensa del conocimiento exacto de la posición; pero no es así. Cuando se hace la extracción de la cabeza directamente es indispensable el saberlo, porque de lo contrario, en la ignorancia en que uno se encuentra, continuará dirigiendo los mangos del instrumento hacia arriba, hará que se conjugue con la vulva diámetros muy largos como el colo frontal y aun el dorso frontal y estallará el perineo produciéndose amplísima desgarradura. Queda pues, establecido de estas cortas consideraciones que es indispensable el diagnóstico de las posiciones occípito-posteriores y no conviene sólo saber que la posición es posterior, sino cuál de ellas es, pues si la rotación no se ha ejecutado, cualquiera que sea la intervención debe terminársela ya hacia adelante, ya hacia atrás, y teniendo que llevar el occipital en un sentido ó en el otro se desprende que es preciso saber adónde está.

II

Veamos ahora cuáles son los medios de que disponemos para hacer el diagnóstico de que venimos hablando.

Durante el curso de los tres últimos meses de la preñez contamos con la palpación abdominal, con la auscultación y con el tacto vaginal; los dos primeros medios son los más útiles y el último lo es menos. El primero nos hace notar hacia dónde queda la resistencia dorsal que en el caso faltaría adelante y la percibiríamos hacia uno ú otro de los flancos debiendo colocar á la mujer en el decúbito lateral; además por el mismo medio descubrimos la cabeza abajo más ó menos encajada en el estrecho superior de la pelvis, y si se trata de una posición posterior, el tumor cefálico es mucho más marcado que en las posiciones anteriores dado que la frente es la que se pone en contacto con nuestra mano y tal región es más abultada que la occipital. La auscultación nos enseñaría el máximo de los latidos fetales que en este caso nunca se oírían por delante, necesitándose para su percepción que la mujer se coloque en el decúbito lateral á fin de que el estetoscopio alcance por allí la región dorsal. El tacto vaginal sólo se

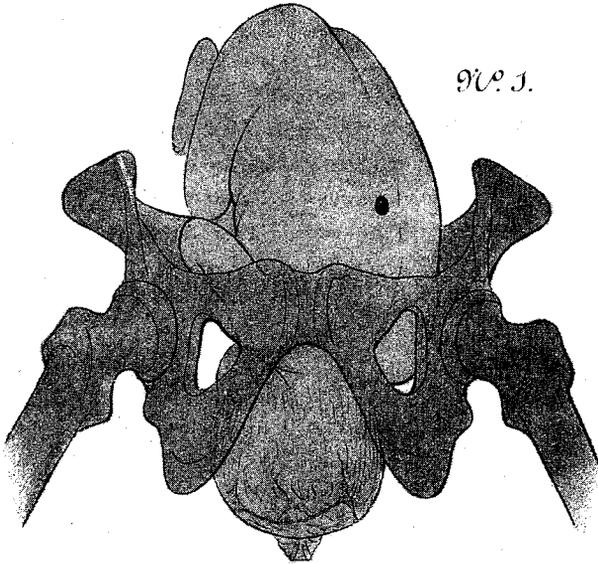
rá útil en los últimos días de la preñez cuando el segmento inferior de la matriz esté muy adelgazado y permita percibir las suturas y fontanelas. De lo expuesto deducimos que durante el curso de los últimos meses de la preñez es fácil y puede establecerse con certidumbre el diagnóstico de las presentaciones occípito-posteriores. Pero una vez que viene el parto y desde el momento que se escurren las aguas, la matriz se retrae, y la retracción de este órgano sobre el feto que contiene, la falta de agua para tener la sensación quística como término de comparación y el engruesamiento de las paredes de dicho órgano, son factores todos que impiden que la palpación abdominal nos dé luces suficientes acerca de la resistencia dorsal que tan francamente percibíamos antes de la salida del líquido amniótico. Como por otra parte la cabeza ya se ha encajado, difícilmente la alcanzaremos por el abdomen, agregándose para tal dificultad los factores ya mencionados. La auscultación tampoco nos servirá. Sabemos que durante la preñez el máximum de los latidos cardíacos nos enseña hacia dónde queda el dorso y la razón de esto se encuentra fácilmente. El dorso es la región del feto que se pone en contacto con las paredes de la matriz, ó por lo menos aquella en donde la capa de líquido es tan delgada que se puede desalojar fácilmente con la presión del estetoscopio; las otras regiones quedan separadas de la pared uterina por un espesor considerable de líquido y la interposición de éste es lo que impide oír distintamente los latidos fetales. Pues bien, supongamos que el líquido se escurre: desde ese momento la pared uterina se pone en contacto con otras regiones fetales que nos pueden transmitir los latidos de una manera clara y más si se quiere que el dorso. Si se trata por ejemplo de una presentación de vértice (posición 3^a), en la que el occipital se encuentra atrás y á la derecha, el costado izquierdo del niño corresponde adelante y á la derecha. Mientras haya líquido el costado no nos trasmite los ruidos cardíacos; pero desde que éste se escurre oiremos adelante y á la derecha los latidos fetales claros, clarísimos, puesto que el corazón está allí muy inmediato y que lo separa de nuestra oreja un espesor de tejidos menos considerable que si auscultáramos el dorso.

Ahora bien, si no tenemos en cuenta estas consideraciones, llegaremos á auscultar una parturiente en la que las aguas se han escurrido, oiremos claros y distintos los ruidos cardíacos aplicando el estetoscopio en la pared anterior del vientre y decidiremos, como lo he hecho y como lo he visto hacer repetidas ocasiones, que se trata de una presentación occípito-anterior. Vemos pues que la auscultación no basta para decidir de la posición.

Examinemos ahora si el tacto vaginal nos es más provechoso. Al romperse la bolsa de las aguas debe siempre el partero aprovechar el momento oportuno para perfeccionar el diagnóstico, pues entonces el cuero cabelludo á descubierto es el que se pone en contacto con la yema de nuestro índice y el poco espesor de tejidos que lo separan de los huesos del cráneo fetal le dejan percibir con claridad tanto las suturas como las fontanelas; debo sin embargo decir que cuando se trata de una occípito-posterior la fontanela anterior está en contacto con la pared anterior de la pelvis y el dedo difícilmente se desliza entre ella y el cráneo y si lo consigue, oprimido fuertemente no puede darse cuenta de aquello con lo que está en contacto. Sin embargo, en ese momento puede percibirse bien la posterior y darse cuenta de que es ella por tocar el occipital sin sutura mediana al revés del frontal que la posee. Pero por desgracia este signo se borra bien pronto pues estando el cráneo comprimido fuerte y directamente por las paredes pélvicas, desde que falta la bolsa de las aguas empieza á formarse la giba sanguínea que apenas deja percibir la dirección de la sutura sagital, pero que oculta por completo los demás pormenores interesantes. Como las parteras una vez que se hacen cargo de un parto, generalmente se contentan con cerciorarse si la presentación es ó no de vértice, dejan pasar algún tiempo esperando verlo terminar y solo cuando la mujer se cansa de pujar y que se evidencia para ellas la necesidad de terminar artificialmente aquel parto, es cuando el médico es llamado; resulta que llega uno tarde y encontrándose formada la giba sanguínea se queda perplejo sin saber el camino que debe optar, pues que le faltan los medios de formar un diagnóstico. Así pues en conclusión el diagnóstico de las presentaciones occípito-posteriores, es fácil durante el embarazo, pero en el trabajo y después de escurridas las aguas el diagnóstico se vuelve difícil y nada tiene de raro que se equivoquen los prácticos más versados en el arte. Esta misma dificultad existe por tanto para conocer cuando una occípito-posterior se ha convertido en anterior.

Como en la cátedra les hablaba á las alumnas de estas dificultades que tiene el médico y las intimaba á que hicieran un diagnóstico previo exacto, les manifestaba que al ir á hacer el práctico la aplicación del forceps podía con su mano alcanzar el pabellón de la oreja y ver hacia dónde se doblaba deduciendo de allí el lugar de la frente y por tanto el del occipital. De este signo le hablé también en alguna ocasión al Sr. Profesor Bandera. Después he sabido que el Sr. Capetillo lo señala de tiempo atrás y lo recomienda calurosamente. Lo que teóricamente es bueno no suele

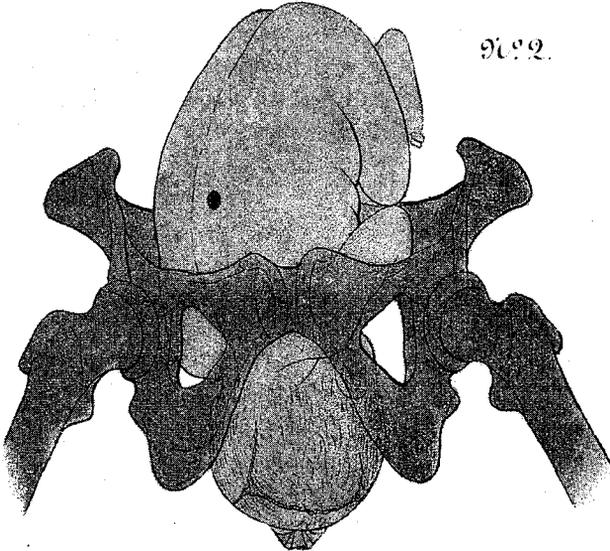
Posición izquierda anterior.



N.º 1.

*Máximo de los lados á la izquierda.
Sutura sagital conjugada con el oblicuo izquierdo.*

Posición derecha anterior.



N.º 2.

*Máximo de los lados á la derecha.
Sutura sagital conjugada con el oblicuo derecho.*

serlo en la práctica; desde luego el diagnóstico no puede hacerse sino previa introducción de la mano entera, lo cual no siempre es posible; además la mano que se introduce no puede doblar el pabellón de la oreja, sino con el borde del índice ó del meñique, porque la compresión uterina no deja lugar para maniobrar cómodamente y por tanto las sensaciones tienen que ser obtusas y no siempre se precisa hacia dónde se dobló el pabellón.

El señor Profesor Gutiérrez les enseña á sus alumnos, lo retardado del parto por una parte y por otra la resistencia enorme que se experimenta al tirar después de aplicado el forceps. Ambos signos son buenos para sospechar la posición de la cabeza, pero no seguros por haber otras circunstancias que retarden el trabajo y en las que se experimenta también gran resistencia. Pongo por caso la brevedad del cordón.

Todo esto nos está manifestando que hay dificultad real en este diagnóstico y que no tenemos guía seguro. Creo, sin embargo, que la auscultación de los latidos fetales unidos al tacto vaginal, nos pueden servir en ciertas circunstancias para formular un diagnóstico preciso.

Supongamos una cabeza en posición izquierda anterior ó sea primera de nuestra nomenclatura habitual, supongamos que esa cabeza no ha girado hacia el arco del pubis, que la bolsa se ha roto y que las aguas se han escurrido; si en esos momentos hacemos la auscultación, nos encontraremos con los latidos fetales claros y distintos hacia adelante y con su *máximum* á la izquierda pues el dorso está adelante y á la izquierda, y es la región más próxima que nos pueda transmitir los latidos. Si pasamos ahora á practicar el tacto vaginal encontraremos la sutura sagital ocupando el diámetro izquierdo de la pelvis, y esto se desprende, puesto que el occipital está en relación con la eminencia ileopectinea izquierda ó con los puntos de una línea vertical que partiera de dicha eminencia hacia abajo y el bregma tiene que estar en el punto opuesto ó sea la sínfisis ilíaca derecha. De la dirección de esta sutura podemos tener noción exacta, porque de los pormenores que presenta la región craneana es el que menos se borra y el que más fácilmente puede percibirse.

En una 1ª de vértice ú occípito-ílica izquierda anterior después de escurridas las aguas, encontramos pues los latidos adelante y en el lado izquierdo y la sutura sagital en el diámetro izquierdo de la pelvis. (Figura 1ª)

En una 2ª ú occípito-ílica izquierda anterior, por razones análogas, nos encontramos el *máximum* de los latidos adelante y á la derecha y la sutura sagital en el diámetro derecho de la pelvis. (Figura 2ª)

Podemos pues decir que en las posiciones anteriores del occipital, el *máximum de los latidos está adelante y del mismo lado que el diámetro oblicuo ocupado por la sutura sagital.*

Pasemos ahora á suponer que tenemos á la vista una oceípito-posterior derecha ó 3^a de vértice y que las aguas se han escurrido; en esta situación la matriz se aplica bien sobre el flanco izquierdo del niño que queda adelante y á *la derecha* y ese flanco izquierdo nos trasmite más claramente que ninguno otro punto los latidos del corazón fetal. Si hacemos el tacto vaginal y procuramos averiguar cuál diámetro es el ocupado por la sutura sagital, encontraremos que el *izquierdo* puesto que el occipital está en relación con la sínfisis iliaca derecha y el frontal con la eminencia ileopectinea izquierda. (Figura 3^a)

Por idénticas razones en una 4^a de vértice ú oceípito-iliaca izquierda posterior, el máximum de los latidos después de escurridas las aguas, se encuentra adelante y á la izquierda y la sutura sagital ocupará el diámetro oblicuo *derecho*. (Figura 4^a)

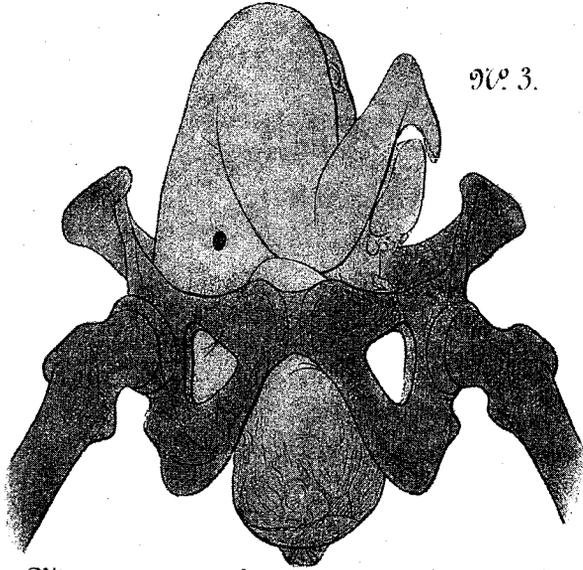
Por tanto, en las oceípito-posteriores el *diámetro oblicuo ocupado por la sutura sagital es el de nombre contrario al lado en donde se percibe el máximum de los latidos.*

Por lo expuesto se ve que aun cuando las aguas se hayan escurrido, siempre que el feto viva y que el occipital no haya girado, es posible y aun fácil hacer el diagnóstico de la posición; que para ello no tenemos más que averiguar el lado en donde está el máximum de los latidos por la auscultación, y por el tacto el diámetro oblicuo ocupado por la sutura sagital. *El diámetro ocupado tiene el mismo nombre que el lado en donde está el máximum de los latidos, la posición es anterior; es de nombre contrario, la posición es posterior.*

México, Enero 20 de 1892.

F. ZÁRRAGA.

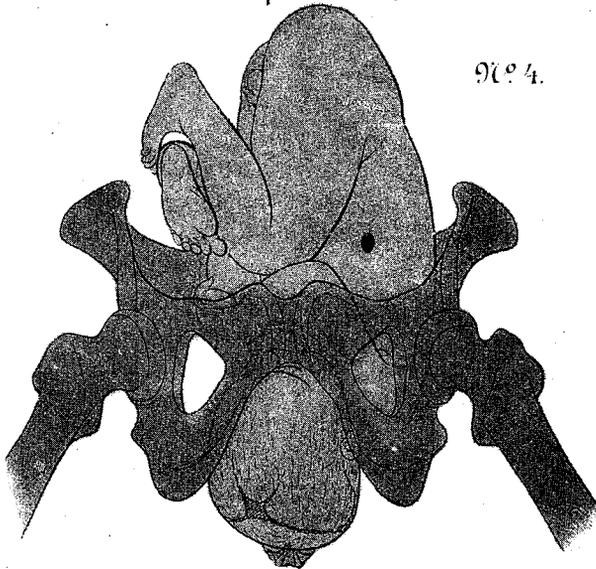
Posición derecha posterior.



Nº 3.

*Máximo de los lados á la derecha.
Sutura sagital conjugada con el oblicuo izquierdo.*

Posición izquierda posterior.



Nº 4.

*Máximo de los lados á la izquierda.
Sutura sagital conjugada con el oblicuo derecho.*