

Ars Medica

Año X

Abril de 1934

N.º 103

La extracción de nalgas

por el profesor

P. Delmas

de Montpellier

I

Bajo este nombre se designa la intervención obstétrica por la cual el obstetra substituye a la contracción uterina para extraer sucesiva y respectivamente las nalgas, los hombros y la cabeza en último lugar, de un feto que se presenta de nalgas; sea de sope-ton en el caso de presentación primitiva, sea previa versión; se trata entonces de una presentación secundaria a ésta.

II

Hay que abstenerse de esta maniobra cuando no está formalmente indicada.

Practicada, en efecto, cuando no se impone, puede conducir a accidentes que pueden evitarse, los unos de origen reflejo: es el caso en que las excitaciones cutáneas del feto han ocasionado tentativas de inspiración prematura; los otros secundarios a la tracción que por deflexión de los hombros y de la cabeza produce el levantamiento de los brazos y del mentón.

Es más, debe prohibirse formalmente el recurrir a ella, en el caso de que el canal del parto no esté totalmente abierto como ocurre por el lado de las partes blandas si el cuello no está completamente dilatado o dilatado o por parte de la hilera ósea, en toda estrechez pelviana que sobrepase una estenosis ligera de 9 a 11 cm. de C. V.

III

Las indicaciones pueden presentarse, por causa de la madre, por causa del feto, por causa de los dos.

Por la madre, en los casos en que es necesario acabar sin demora a causa de accidentes grávido-cardíacos, hemorragias, accesos eclámpticos que aumentan en frecuencia mientras la temperatura se eleva.

En interés fetal, cuando existe un sufrimiento patentizado por retardo e irregularidad del corazón, apagamiento en el intervalo de las contracciones o bien si la abstención lo pone en peligro, cuando, después de versión por maniobras internas las ex-

citaciones cutáneas han provocado inspiraciones prematuras.

Los dos saldrán beneficiados en presencia de una infección amniótica acusada por la fiebre y la salida por los órganos genitales de un líquido parecido al puré de guisantes. Los dos están entonces en peligro, puesto que la madre está bajo la amenaza de una infección puerperal en su comienzo, mientras que el feto, por intempestivas tentativas de respiración por el árbol aéreo dentro del útero, está amenazado por la llamada bronconeumonía de deglución.

IV

A) Para llevar a un buen fin esta intervención, es necesario precisar sucesivamente los preparativos, la técnica y los cuidados consecutivos.

Los preparativos son primero: acordarse antes de empezar de que tal intervención debe ser llevada a cabo sin interrupción, y que para lo sucesivo es preferible el haber previsto lo que es necesario, o simplemente lo que es ventajoso, antes, mientras y después.

a) Antes de intervenir, el operador habrá practicado la raqui-anestesia, la cual, no solamente por su acción sobre las raíces posteriores, la cual ocasiona la preciosa insensibilización de la enferma, sino que también, actuando sobre las raíces anteriores el tono del músculo uterino estará favorablemente modificado, al mismo tiempo que obtenida esta laxitud vulvovaginal por la cual son facilitadas maniobras operatorias y protegida la integridad de la hilera genital.

b) Conviene recordar además que durante la intervención las tracciones serán singularmente facilitadas por la adopción

de una mesa de altura apropiada: las pelvis de la partera y del obstetra deben estar a un mismo nivel.

Al mismo tiempo se habrá previsto que a veces, en el momento de la salida de la cabeza, ésta, por diversas causas, puede detenerse, produciéndose la muerte inminente del feto si un fórceps esterilizado no está inmediatamente al alcance del operador.

c) Es necesario, por fin, pensar que el feto, una vez extraído, puede encontrarse en estado de muerte aparente, que en este momento el tiempo tiene un valor inmenso y que se debe tener a mano todo lo necesario para reanimarle prontamente.

B) La intervención debe inspirarse en reglas generales, por lo que hay que clasificar los diversos tiempos de la misma.

a) Se debe temer, y por consiguiente evitar, que el paso del cuerpo fetal con frotamiento duro a través de la hilera no ocasiona actitudes desfavorables.

Contra el levantamiento de los brazos y del mentón conviene sumar a las tracciones del operador, vis a fronte, la vis a tergo, que resulta no solamente de las tracciones efectuadas durante la contracción uterina que reduce al máximo la capacidad del órgano, sino también de la presión que un ayudante pueda ejercer sobre el fondo del útero sostenidamente.

Los occípitoposteriores son indeseables: conviene, pues, en el curso de las tracciones, conservar, favorecer o crear la orientación del dedo hacia adelante.

b) Teniendo estos principios presentes, las maniobras pueden ser llevadas a cabo: representan 3 partos sucesivos, de las nalgas primero, de los hombros después y de la cabeza últimamente.

I. El parto de las nalgas se presenta diferentemente, según que los pies estén al alcance de la mano, en el caso de nalgas

completas, o que estén más o menos lejos, si se trata de unas nalgas incompletas, modalidad de nalgas.

Si las nalgas son completas, en principio, hay que coger los dos pies, después de lo cual las tracciones serán sucesivamente dirigidas hacia abajo, hacia los pies del obstetra; para arrastrar las nalgas hacia sus rodillas y para el descenso de la presentación, dirigidas hacia su cara, para asegurar el desprendimiento.

I. Si sólo un pie puede ser cogido, más vale escoger el bueno, el anterior: así la nalga anterior podrá deslizarse sin resorte por detrás de la sínfisis.

En su defecto, nos contetaremos con el pie malo. Pero para evitar el atascamiento de la nalga anterior detrás de la sínfisis, este pie malo será transformado en bueno por rotación en el sentido del dedo gordo. El miembro, cogido fuertemente, será torcido, como una llave en la cerradura, hasta que el hueco poplíteo mire hacia adelante, lo que asegura la deseada orientación del dorso y occipucio.

B) En el caso de nalgas incompletas, modalidad de nalgas, los pies, que deben servir de tractores, deben ser buscados donde se encuentren.

I. Cuando las nalgas están detenidas por encima del estrecho superior, la mano ventral, la que lleva el mismo nombre que la orientación del sacro, insinúa sus dedos hasta por encima de los bordes del hueco poplíteo y su presión sobre los músculos isquiotibiales determina el descenso del pie anterior.

II. Pero cuando las nalgas han descendido ya en la exvacación, la exigüidad relativa de los diámetros de aquélla no permitirá la basculación en este recinto de las extremidades interiores fetales.

Es forzoso entonces tirar de la misma nalga.

Para las dorso-anteriores serán ejercidas tracciones sobre el pliegue de la ingle con dedo del operador encogido formando gancho, o algunas veces con un lazo. Estas tracciones no pueden dirigirse más que hacia adelante, hacia la pelvis fetal. Son inofensivas.

Con la misma maniobra intentada en las dorso-posteriores nos expondríamos mucho a fracturar el fémur del feto. Hay que renunciar, pues, a ella. Por el contrario, el fórceps es aplicado con éxito desde uno a otro trocánter; su concavidad dirigida hacia delante arrastrará las nalgas, con un movimiento de sacacorchos, hasta el suelo perineal, donde los dos muslos encuadrados por las cucharas ocuparán la extremidad de la hendidura pubioccóigea.

Cualquiera que sea el modo de tracción precedentemente empleado, las nalgas saldrán una después de la otra, debiendo el operador tener presente que el raquis fetal está dirigido, no solamente hacia el lado, sino también un poco hacia delante. Gradualmente el tronco se extiende hacia fuera hasta la aparición del ombligo fetal.

En este momento conviene hacer una asa al cordón, de manera que sea evitado su arrancamiento a nivel del ombligo, la ruptura de su tallo o el desprendimiento prematuro de la placenta.

2) Un segundo parto es el de los hombros. Hay que llevarlos sucesivamente a hacerles franquear el estrecho medio por un diámetro acromio-torácico, menos importante y más depresible que el bisacromial. Acordándose del espacio disponible en la concavidad sacra, hay que empezar por el hombro posterior. A veces, la progresión puede verse entorpecida. Conviene entonces por el tacto precisar la situación de la punta de los omoplatos.

a) Si están apartados de la línea media, es que los brazos están levantados por delante de la cara en la actitud de Venus púdica. Deben bajarse entonces, a lo largo del plano ventral, con la mano dorsal, cuyos dedos, en forma de férula, evitan la fractura del húmero, siempre de temer si se utiliza el índice como gancho sobre la diáfisis del hueso. En este caso es conveniente también empezar por el brazo posterior utilizando la concavidad del sacro.

b) Si la punta del omoplato esta aproximada al raquis, lo que no se refiere más que al anterior, el brazo está detrás de la espalda, en la actitud familiar de Napoleón I. Para reducir esta actitud serán practicadas tracciones sobre el miembro posterior previamente descendido en el sentido de sus dedos: la rotación del tronco así obtenida tiene por efecto situar el miembro elevado ante la cara ventral. Pero hay que seguir este movimiento hasta que la espalda, y por consiguiente el occipucio, esté dirigido hacia delante. Entonces solamente, como antes, será descendido el antiguo brazo anterior que se ha convertido en posterior.

3) Extraer la cabeza en último término constituye el tercer y último parto. Las maniobras que tiene que efectuar el obstetra varían según el lugar de la pelvis donde se encuentra detenida la cabeza.

a) El estrecho superior es una hendidura en forma de hucha con el eje mayor transversal, cuyo menor diámetro, el ántero-posterior, debe ser franqueado por los dos polos de la cabeza fetal aplanada, lo que hacen sucesivamente si se les imprime el movimiento de balanceo que representa la maniobra de Champetier de Ribes.

b) Si la cabeza está detenida en la excavación, hay que acordarse de que el

fórceps, solamente aquí utilizable, aplicado desde un parietal al otro, según el eje occípito-mentoniano, debe, forzosamente, bajo pena de enclavamiento, arrastrar primeramente hacia afuera el polo más bajo.

En consecuencia:

I. Si se trata, es el caso más frecuente, de una occípito-anterior, el instrumento será articulado bajo el tronco del feto, el mentón será descendido en primer término y por un movimiento de charnela del occipital alrededor de la sínfisis pubiana, el feto es extraído su espalda en contacto con el vientre de la madre.

I. Las occípito-posteriores más raras afortunadamente, llevan consigo una doble eventualidad.

La cabeza puede estar flexionada; la maniobra es análoga a la anterior, pero como vista en un espejo. El fórceps, aplicado sobre el vientre fetal, arrastra la mandíbula primero, y el feto sale por un movimiento de charnela del suboccipital alrededor de la comisura posterior de la vulva, dorso del feto en contacto con el dorso de la madre.

Caso más desfavorable aún, es aquel cuando la cabeza en último lugar en occípito-posterior ésta deflexiona, en la actitud de una presentación de cara al revés, el occipucio representa la parte más baja; conviene, pues, arrastrarlo primeramente con el fórceps articulado sobre la espalda del feto. El movimiento en charnela se efectúa a partir de la región sub-hiodea alrededor de la sínfisis, y la extracción tiene lugar vientre contra vientre.

Cuando por fin la cabeza está detenida en el estrecho inferior, bastará casi siempre extraerlo con la maniobra de Mauriceau, minuciosamente descrita en todos los clásicos, en la que la nuca fetal hace charnela alrededor de la sínfisis pubiana.

C) Terminada la extracción conviene tener presentes algunos cuidados consecutivos.

a) Cuidarse del niño, lo primero, para reanimarlo.

Si está simplemente atontado, con el índice cubierto con una tela fina se suprimirá el obstáculo que representa en su garganta las mucosidades que la obstruyen, provocando así el reflejo respiratorio, al mismo tiempo que es evitado su indeseable aspiración hacia los bronquios.

Pero el recién nacido puede también estar en estado de muerte aparente. Sin pérdida de tiempo, con los procedimientos habituales y mientras se preparan dos baños, el uno muy caliente y el otro muy frío, se hará la respiración artificial mediante la insuflación boca a boca sin otra preocupación que limpiar la garganta tal como hemos indicado más arriba; una tela fina será interpuesta entre los labios del operador y del niño.

Si la respiración no se consigue, una inyección intra-cardíaca de adrenalina será algunas veces de resultados decisivos.

b) En cuanto a la madre, por favorables que hayan sido las condiciones operatorias, debe acordarse de que la mano del operador no ha podido penetrar en el útero, supuesto estéril más que franqueando el conducto siempre dudoso de la vagina, de donde la necesidad de una medicación profiláctica de la infección puerperal, localmente, practicando una inyección intrauterina yodo-yodurada y por el empleo sobre el estado general del antiséptico interno que representa la quimioterapia del sul-

farsenol de Rivière o bien la vacunación preventiva por la pioformina de Devraigne.

Para concluir, después de un examen minucioso de los desgarros cervicales o vulvo-vaginales, siempre posibles, pero tanto más raros cuanto que la acción de la raquis habrá actuado dando una mayor elasticidad tisular, podrá ser efectuada una correcta restauración de las partes blandas.

RESUM

L'autor exposa amb tota mena de detalls la manera de practicar el part en la presentació d'anques completa, en cadascun dels tres temps en què pot dividir-se, equivalents, respectivament, als parts d'anques, espatlles i cap en darrer terme, i en la presentació d'anques incompleta. Exposa les complicacions que poden ocórrer i la millor manera de resoldre-les, tant en el moment del part com a conseqüència del mateix.

RESUME

L'auteur expose avec beaucoup de détails la manière de pratiquer les couches avec présentation de hanches complète, dans chacun des trois temps dans lesquels on peut faire la division, équivalent respectivement aux hanches, dos et, en dernier lieu, la tête. Il décrit aussi la présentation de hanches incomplète. Il indique les complications qui peuvent se présenter et les meilleurs moyens de les résoudre au moment des couches et après les mêmes.

SUMMARY

The author describes in all detail a confinement with complete hip presentation, in each one of the three phases into which it can be divided corresponding respectively to the parts of hips, back and lastly the head. He also describes an incomplete hip presentation. He points out the possible complications and the best ways of meeting them both during and after the confinement.