

Se analizan estos casos desde los siguientes puntos de vista:

Patogenia. Edad. Paridad. Intervenciones. Pirexia puerperal. Microorganismos. Trombosis. Tiempo de aparición de la embolia. Resultados.

Se relata la historia de una enferma de clientela particular, que presentó una embolia pulmonar el undécimo día del puerperio, comprobada ulteriormente por los rayos X.

Se relata la historia de otra paciente particular, que presentó un cuadro clínico interesante por su similitud

con el anterior, pero en la cual la investigación radiológica dio resultados negativos.

BIBLIOGRAFIA

De Lee, Joseph B. *Principles and Practice of Obstetrics.*

Ramsay, Melvin A. and Dolphin, A. *The Modern Treatment of Puerperal Sepsis* (Medical Press and Circular, number 5586, may 29, 1946, London).

Queen Charlotte's Text-Book of Obstetrics, London, 1945.

PRESENTACION

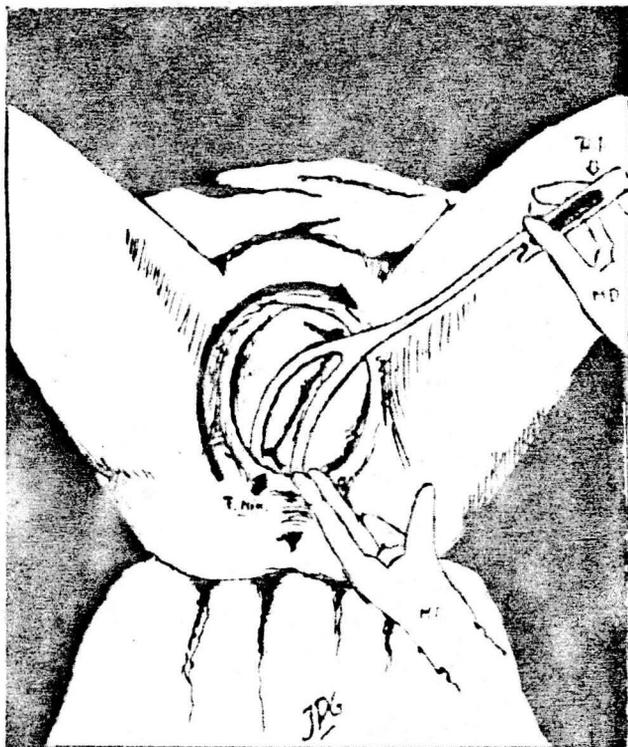
de una técnica original para las aplicaciones del Forceps en las variedades posteriores del vértice

Por Rafael Ramírez Merchán

Profesor Agregado de Clínica Obstétrica - Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

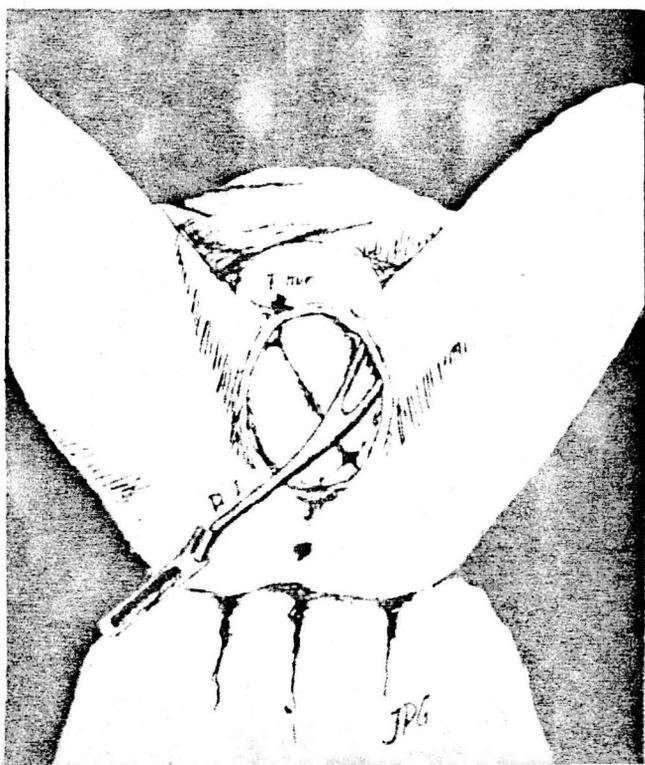
El mecanismo del parto en las presentaciones posteriores de vértice se resiente de graves inconvenientes por la dificultad de la rotación intrapélvica y del descenso de la presentación; como consecuencia, se prolonga el trabajo con detrimento de la vitalidad fetal y desesperante sufrimiento materno. No obstante, se acostumbra esperar hasta cuando amague el accidente o se presente de hecho. Al paso que las estadísticas estadounidenses anotan que el Forceps se aplica en un 75% de los casos por "defecto de las fuerzas del parto", un porcentaje similar corres-

ponde entre nosotros al "sufrimiento fetal". Esta comparación, nos demuestra que somos demasiado abstencionistas y que es preciso revalidar aspectos rutinarios de nuestras conductas obstétricas. Lo científico, lo lógico, lo conveniente y lo humano, es intervenir a tiempo haciendo la profilaxis de las complicaciones y no esperando a que ocurran. Estos peligros, pródigos en las presentaciones de que venimos hablando, se evitan o tratan de evitarse interviniendo oportunamente. Las maniobras manuales aconsejadas no son prácticas en el sentir de la general-



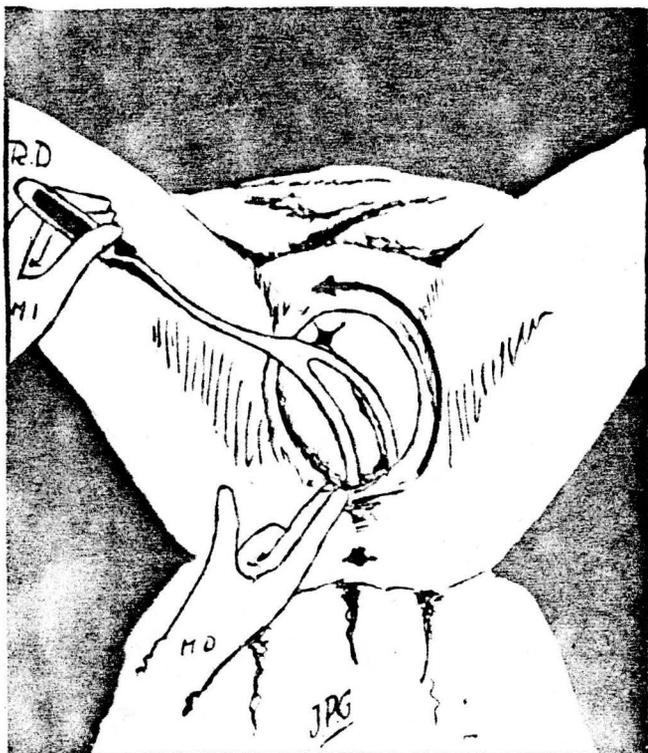
O. D. P. 1º

Introducción de la rama izquierda con la mano derecha. Se inicia la rotación.



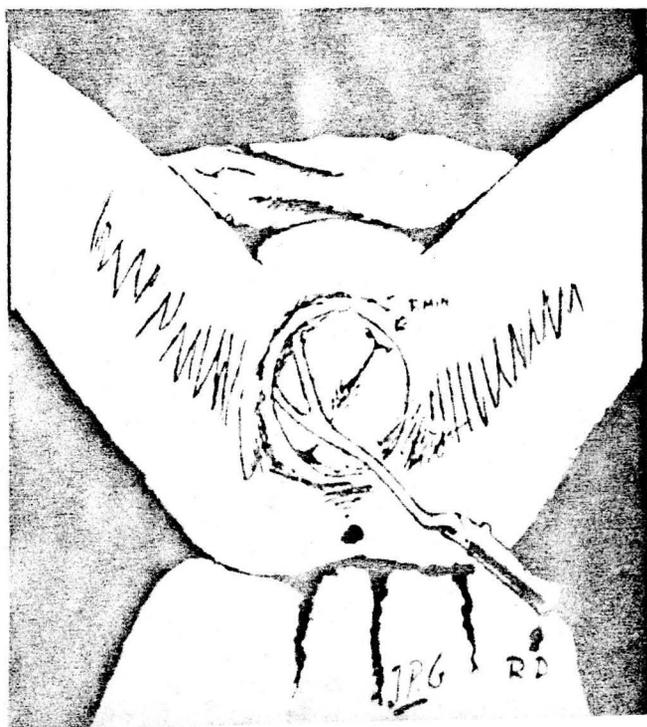
O. D. P. 2º

Situación final de la fontanela en O. P. A. y la rama izquierda en toma ideal.



O. I. P. 1º

Introducción de la rama derecha con la mano izquierda.



O. I. P. 2º

Situación final de la rama derecha en tamo ideal. Fototalea en O. I. A.

dad de los especialistas y, siempre y cuando que se cumplan las condiciones indispensables para su aplicación, es al Forceps al que debe recurrirse.

TECNICAS EMPLEADAS

Técnica Clásica. Esta tiene un triple inconveniente: En primer lugar, la rotación de 135 grados es laboriosa, la mayoría de las veces produce desprendimientos vaginales y, con no rara frecuencia, el Forceps rota sólo sobre la cabeza fetal modificando la toma, al propio tiempo que se pierde el control de los movimientos fisiológicos. En segundo lugar, el Forceps queda invertido una vez hecha la rotación, lo que impone casi siempre una nueva toma, y en tercer lugar el traumatismo es mayor tanto para la madre como para el feto.

~~**Técnica de Scanzoni.** Para obviar los inconvenientes de la amplísima rotación del Forceps la denominada maniobra de Scanzoni hace la rotación parcial con repetidas tomas.~~

Técnica invertida. También en tal sentido, se practica con éxito la toma invertida con la curvatura pélvica del Forceps dirigida en sentido de la fontanela menor, colocando el Forceps en el diametro oblicuo opuesto al de la presentación, de manera que al rotar 135 grados el Forceps queda al derecho y la presentación en O. P. En esta aplicación, si se siguen las normas clásicas, al colocar la rama anterior que debe ser la primera, la presentación tiende a rotar a O. S.

Maniobra de De Lee. La Maniobra de De Lee (The Key in lock) consiste en: 1º Aplicación clásica; 2º Levantamiento de la cabeza con el Forceps; 3º Rotación parcial; 4º Descenso parcial; 5º Sucesiva repetición de los tiempos anteriores hasta llevar la presentación a O. P. La práctica de esta maniobra no es tan fácil como lo es su descripción y a más de tener los inconvenientes de la clásica, se sobregregan los consecutivos al ascenso de la cabeza o sea posibilidad de procidencias y ruptura de la matriz.

Técnica de Tatelbaum. En el número correspondiente al mes de marzo de 1949, del *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, el autor citado, aconseja el uso de dos Forceps distintos, uno el de Tucker Mc-Lean de tallo largo y angulado en 30 grados sobre la porción cefálica y de cucharas no fenestradas para practicar la rotación, siguiendo más o menos la maniobra de De Lee. Y finalmente el uso del Forceps fenestrado para la extracción en directa.

Rotación a O. S. Cuando la rotación a O. P., se dificulta, procediendo como se debe proceder, con suavidad y prudencia, es a veces indicado practicar la rotación a O. S. En este sentido tuve oportunidad de presidir una Tesis, año de 1948, la del doctor Hernando Navas Angel, quien se muestra muy satisfecho de los resultados obtenidos. Empero esta rotación no puede sistematizarse: el desprendimiento exige una amplísima episiotomía y aún así, no quedan descartadas las posibilidades de un desgarró atípico que interese el esfínter anal.

Desprendimiento en oblicua. En las pelvis planas, así como en las androides y en las antropoides, anota De Lee, el desprendimiento será más favorable por uno de los diámetros oblicuos.

Técnica original. Por haber palpado nosotros todas estas dificultades y haber tenido éxito con la técnica que propondremos a continuación, la cedimos junto con las observaciones clínicas a Isaias Arenas Buenahora, quien la presentará como Tesis de grado.

Los puntos fundamentales de esta técnica son:

a) Proyecto de aplicación del Forceps como para la anterior correspondiente.

b) Aplicación de la rama anterior primero, llevándola por el occipital, invertida, y con la mano contraria a la de su nombre.

c) Empleo de una sola mano como guía y de consiguiente, una sola mano para la aplicación de las dos cucharas.

Lo fundamental de la técnica estriba en la colocación de la rama anterior. En efecto, esta rama se lleva con la mano opuesta a la de su nombre, o sea, rama derecha con la mano izquierda o rama izquierda con la mano derecha. Procediendo así y llevando la cuchara invertida, siempre por el occipital, se le imprime un movimiento rotatorio que cubre 225 grados, como se ve en las gráficas. Finalmente la cuchara queda al derecho en el sitio para el cual se

había proyectado. La mano que ha servido de guía queda en su sitio, lista para guiar a la segunda rama al propio tiempo que mantiene lo hecho y precisa el grado de rotación que ha sufrido la cabeza. Esta en el más alto porcentaje de los casos, ha rotado a la variedad anterior correspondiente. La colocación de la segunda rama sobra describirla. (Vease la gráfica).

Casos especiales de rotación. Hemos comprobado:

1º En oportunidades, la cabeza rota a O. P. entonces, la maniobra hace aún más sencilla la aplicación.

2º Otras veces, casos muy raros, rota la cabeza a la variedad anterior opuesta. En este caso, la técnica sigue teniendo vigencia sólo que la primera rama debe deslizarse para que quede posterior y colocar la segunda rama como anterior.

Conviene anotar que en las posteriores izquierdas hay que hacer el descruzamiento de las cucharas.

La ventaja de esta técnica puede resumirse diciendo que gracias a la maniobra de colocación de la primera cuchara toda presentación posterior se transforma en anterior y esto se realiza en el curso sencillo de una sola aplicación del Forceps con una sola mano-guía con el mínimo de traumatismo fetal y materno. No se trata sencillamente de un método de rotación, sino una aplicación total con extracción, debidamente sistematizada y también simplificada al máximo.