

La maniobra de Ramirez Merchán en la práctica obstétrica hospitalaria

Por LUIS SALAZAR DAVILA

Dificultades que se presentan durante los diferentes periodos del parto en las occipito-posteriores

Para no ser redundantes no describimos el mecanismo del parto, sino que nos limitamos a mencionar las dificultades que encuentra la presentación en cada uno de los periodos que tiene que cumplir para lograr la expulsión y sus causas.

Como bien sabemos una vez orientada la presentación por cualesquiera de los diámetros de encajamiento, en las occipito-posteriores no le quedan sino dos alternativas, o girar hacia adelante, hacia la sínfisis púbica, recorriendo un arco largo de 135 grados, o hacia atrás, hacia la cavidad del sacro, recorriendo un arco corto de 45 grados, esto en condiciones favorables para el primer caso y anormales para el segundo. (1)

Son, pues, dos los requisitos exigidos para que la presentación cefálica de vértice quede clasificada en variedad posterior, que la sutura sagital se oriente en la misma dirección de los diámetros oblicuos y que el occipucio entre en los cuadrantes posteriores de la pelvis.

En estas variedades es un principio casi establecido que la flexión no es nunca bien completa y que la rotación interna del primer polo se verifica a un tiempo con el descenso y cuando no lo hacen el parto es más laborioso y la flexión es incompleta. (2)

Si la presentación no encuentra obstáculo, el descenso y la rotación son constantes. Pero si lo encuentra, la presentación no se fleja bien y presenta entonces un diámetro mayor que el suboccipito-bregmático, lo que explica las posteriores dificultades en el mecanismo del parto. (3)

Todas estas variedades logran el descenso con más o menos dificultad, pero muchas no logran la rotación, constituyendo las variedades posteriores persistentes.

La rotación es más demorada porque cuando se hace hacia adelante, tiene que recorrer un arco de 135 grados y el encajamiento es más lento porque la cabeza presenta su extremidad más ancha hacia los cuadrantes posteriores, tropieza más fácilmente con el promontorio que no le deja girar, impide la flexión y en ocasiones lo hace sólo hasta cuando encuentra

la resistencia del piso pélvico. Ese difícil descenso y esa demorada y dolorosa rotación dificultan los periodos de borramiento y dilatación del cuello, las membranas se rompen casi siempre precozmente y, las más de las veces, las fuerzas naturales se agotan antes de verificarse la rotación. (4)

Como quedó dicho, la mala flexión implica un aumento del diámetro de encajamiento y para poder vencer o aminorar este aumento, pueden hacerse simultáneamente el descenso y la rotación, pero cuando no se hace sinérgicamente, se verifica en dos tiempos: el descenso se hace lentamente y la rotación sólo se logra cuando encuentra la resistencia perineal.

Según la modalidad que adopten estos dos periodos, se plantean los casos siguientes: a) La rotación y el descenso son simultáneos; b) Se sucede primero el descenso y luego la rotación en forma completa o parcial; c) Hay descenso pero la rotación no se efectúa, constituyendo las variedades posteriores persistentes, y d) El descenso se efectúa normalmente, pero la rotación se hace en sentido contrario hacia el sacro.

El primer caso no constituye ningún problema. El segundo caso sólo interesa cuando la rotación se hace en forma parcial. El tercer caso tiene todo nuestro interés, junto con el cuarto, que estudiaremos.

Si la presentación desciende, lo hace con dificultad, a costa de grandes esfuerzos de la paciente que le causan dolores penosos y en muchas ocasiones la llevan al cansancio y a la fatiga. Por esta razón, cuando la presentación está lista para rotar, faltan las fuerzas, no prosigue el trabajo y

constituye una de las causas de la persistencia en variedades posteriores. (5).

Como el descenso se hace más largo y penoso, la cabeza fetal se modela en virtud de los fenómenos plásticos que se suceden, formando cabezas dolicocefálicas transitorias que impiden la posterior rotación en forma espontánea, o si lo hace es con gran dificultad. Por esta razón, D. E. Canell, de Toronto, y colaboradores, aconsejan alumbrarlas como variedades posteriores, es decir, en occipito-sacras. (6)

Cuando esa dolicocefalia transitoria se realiza, ocupa deficientemente el área del estrecho superior, no deja formar adecuadamente la bolsa de las aguas y viene a permitir la desigual repartición de las fuerzas que ocasionan la ruptura prematura de las membranas. (7)

Como el moldeamiento de la bolsa serosanguínea no se acondiciona satisfactoriamente sobre el cuello y el segmento, viene a producirse la imposibilidad de la dilatación del cuello, que se sobre-agrega a la ruptura de las membranas. (8)

La demora en el descenso y la rotación larga y penosa producen compresiones sobre las partes blandas maternales formando laceraciones, congestiones y edemas muy propicios para puerperios febriles por crear estados de menor resistencia y soluciones de continuidad que son la puerta de entrada a los gérmenes patógenos. Además favorece los desgarros, porque todo tejido congestionado y edematoso pierde su resistencia normal.

La compresión sobre las partes blandas es mayor porque la cabeza recorre el suelo pélvico con sus mayores diámetros, exceptuando que la

paciente sea una maniobra e el feto demasiado pequeño. (9)

En el feto los fenómenos plásticos se exageran al máximo, produciendo compresiones cerebrales, que en muchas ocasiones se manifiestan en el instante mismo del parto, o en la sala-cuna, dando el síndrome de hemorragia intracraneana. (10)

Como las bolsas serosanguíneas son prominentes, se demoran en su reabsorción y en el Servicio se tuvo el caso de una madre que preocupada por esta causa, resolvió abrirle con una cuchilla Gillette, lo que infectó y produjo una hemorragia aguda y posteriormente una meningitis fulminante. Pero en muchos casos existe infección espontánea, no provocada.

Las grandes «bosas» o gibas serosanguíneas son las encargadas de lacerar los tejidos y provocar los desgarros vulvo-vagino-perineales.

Cuando se analizan todas estas dificultades, el tocólogo experto y consciente, no duda en ayudar a la madre, no sólo por evitar las lesiones, sino por evitar el sufrimiento físico y justificar su presencia.

Porque ese gran principio que es válido en cualesquiera circunstancia de que «maternidad y trabajo físico son incompatibles», debe tenerlo en mente todo tocólogo al actuar. Esto no quiere decir que seamos partidarios de aquel grupo de intervenciones llamadas de lujo para economizar tiempo y ahorrar dolores, como se usa en ciertas clases pudientes. (11).

No nos ponemos en el plano de Osiandier, Profesor en Goetirger, quien actuaba con el fórceps en el 40% de los casos; ni tampoco en el de Boer, Profesor de Viena (1816), llamado el

padre de las raíces horizontales, porque en un total de 1.500 partos aplicó solamente dos veces el fórceps.

Nos colocamos simplemente en el plano de especialistas en que hacemos valer todos nuestros conocimientos y toda nuestra práctica para la conducción racional del parto.

Causas que ocasionan la distocia en estas variedades

Los diversos autores están de acuerdo y lo confirman los estudios radiográficos, que toda presentación, antes de verificar el contacto inmediato con el estrecho superior para encajarse y aún para realizarlo, se mantiene en variedad transversal. (12)

De aquí se desprende el hecho de que al pasar la presentación por el estrecho superior le quedan dos alternativas: el de dirigir el occipucio hacia adelante, que es lo más frecuente, o hacia atrás.

Por esta modalidad del encajamiento nacen las diferentes variedades de posición. Si se vuelve el occipucio hacia el sacro, o si entra la presentación cefálica en un diámetro oblicuo con el occipucio hacia atrás, resultan las variedades occipito-posteriores.

No se consideran los casos en que el occipucio entra directamente hacia atrás, es decir, que se encaja por el diámetro antero-posterior, porque es casi la excepción y se necesitan una serie de detalles conjuntos que muy raras veces se logran reunir. (13)

El inverso se puede presentar en que el occipucio entra orientado hacia adelante, pero constituye igual problema al anterior, aunque suele ser más frecuente.

Se sabe que estas variedades fueron consideradas las normales hasta el siglo XVIII, pero posteriormente se vió que era un error.

En la creencia firme de que el encajamiento siempre se efectuaba en el diámetro transversal o en los oblicuos de la pelvis, se cayó en el extremo opuesto de considerarlos inexistentes. Pero autores modernos (De Lee-Stoeckel, Doderlein, Lipman), hacen un estudio completo, dándoles diferentes denominaciones: «situación antero-posterior elevada» (Stoeckel), «situación elevada y recta de la cabeza» (Doderlein), «posición occipito-posterior persistente» (De Lee).

Lascano propone denominarlas siguiendo la nomenclatura francesa «posiciones directas O. P. u O. S.», agregándoles «en el estrecho superior», o «altas», para diferenciarlas de la variedad de desprendimiento en la rotación normal, que son siempre bajas y secundarias.

«La frecuencia no es común consideradas como definitivas, en las que el parto se haga en ellas desde el principio hasta el fin».

Algunos autores (Stoeckel), mencionan 83 casos en la literatura de un siglo, y otros dan la frecuencia de un 0.4%. Caldwell, en estudios radiográficos obtiene un porcentaje del 5.5%. Otros creen que son menos raras y dicen alcanzar el mismo porcentaje de las presentaciones de frente. (14)

Repetimos que no discutiremos ni su existencia, ni su frecuencia, ni sus causas, sólo presentamos un dato.

Cuando el occipucio queda orientado hacia atrás en las occipito-posteriores pueden suceder dos casos: que se

verifique la rotación normal o que no se logre por varios factores que entraremos a considerar.

Así, De Lee enumera las causas siguientes como factores que dificultan la rotación: (15)

a) Pelvis plana de menor grado, que hace que el occipucio encuentre primera resistencia y que efectúe la extensión o deflexión, pero es frecuente encontrar una variedad occipito-posterior persistente en una pelvis normal, debido muy probablemente a deflexión de la cabeza.

b) Braquicefalia primitiva: en este caso, las dos palancas cefálicas son de la misma longitud y no se efectúa la flexión.

c) Abdomen péndulo: la convejidad del dorso fetal se acomoda mejor a la pared posterior arqueada del útero.

d) Pelvis grande y feto pequeño; no actúa el mecanismo natural del parto con resistencias equilibradas.

e) El prolapso de un brazo delante del occipucio; si el brazo quedase detrás del occipucio, se facilitaría la rotación anterior.

f) Cualquier circunstancia que impida mecánicamente la rotación anterior de la cabeza o que retenga el tronco fetal y de esa suerte conserve la espalda hacia atrás, como, por ejemplo, la placenta, neoplasmas en la pared uterina, cicatrices en el útero que dan forma irregular al segmento uterino inferior, falta de armonía en las acciones segmentales del fondo, istmo y cuello uterino.

g) Agotamiento de las fuerzas antes de que se termine la rotación; en estos casos se retiene la rotación en cualquier sitio de la distancia que ha de recorrer el occipucio.

h) Vicios de conformación de la pelvis ósea, por ejemplo, espinas isquiáticas de mal desarrollo, pelvis infundibuliforme, pelvis transversalmente estrecha (Thoms).

i) Anormalidad del suelo pélvico que ocasiona una curva defectuosa del conducto del parto o que no forma un buen canal.

j) Asinclitismo persistente.

k) Los factores que originalmente determinaron la posición posterior.

Cuando la presentación cefálica guarda una normal relación con la pelvis materna, y puede verificar el mecanismo del encajamiento, éste lo puede hacer por el diámetro transverso o por cualquiera de los oblicuos hasta llegar al segundo plano de Hodge, entonces se plantean cuatro probabilidades respecto a la rotación: (16)

a) Siendo suficientemente fuertes y vigorosas las contracciones uterinas, cuando la presentación cefálica se ha encajado con el occipucio en cualquiera de las variedades posteriores o transversas, puede rotar hasta colocarse en O. P.; estos son los casos normales.

b) Cuando existe una cualquiera de las causas enumeradas, el occipucio puede no rotar, o rotar incompletamente y quedarse en transversa o en posterior.

c) Puede girar el occipucio en sentido contrario a lo usual y convertirse en una O. S., y

d) Desciende la presentación por el diámetro transverso sin modificarse y puede nacer en este diámetro.

En cuanto al curso clínico y al pronóstico de estas variedades posteriores se establecen varios hechos como son: que el trabajo suele ser más lento y

prolongado, porque las contracciones son de poca intensidad e irregulares; a menudo se rompen las membranas, no forma bolsa de las aguas y hay dificultad y demora en la dilatación; las presentaciones se mantienen altas y no descienden por presentar diámetros mayores cefálicos, en relación con los pelvianos maternos, lo que hace que las contracciones sean más intensas y vigorosas, dando la oportunidad a que sobrevenga el cansancio uterino, y por último, los desgarros vulvo-vagino-perineales. (17)

En cuanto al pronóstico, la mortalidad y la morbilidad materno-fetal en las variedades occipito-posteriores son más frecuentes. (18)

Respecto a la madre, se presenta el agotamiento, los desgarros y las hemorragias del alumbramiento por inercia secundaria. (19)

En lo tocante al feto, la asfixia y el riesgo operatorio a que hay que someterlo por la variedad misma de la presentación.

En el caso de las posteriores, la intervención se puntualiza con frecuencia con el fórceps, pero éste es un fórceps difícil, que no debe entregarse a un novel. Aun interviniendo el tocólogo práctico, encontrará dificultades, porque no es un fórceps en el suelo perineal, ni en el estrecho inferior, sino el fórceps difícil por asinclitismo o deflexión del polo fetal que puede producir lesiones maternas graves y aun cuando el niño nazca con vida, en ocasiones una hemorragia meníngea terminará con su existencia a los pocos días. (20).

Con el objeto de evitar complicaciones materno-fetales, se han ideado varias maniobras, manuales unas, e ins-

trumentales otras, que entraremos a analizar para poder juzgar sus ventajas y sus defectos.

Maniobras ideadas para resolver la distocia en cuestión

Para que el tratamiento sea adecuado y eficaz, se debe estudiar ante todo y hasta donde sea posible, la causa que está dificultando la rotación. En las presentaciones altas, lo mejor es no intervenir por la vía baja, y en las bajas la inteligente espera hasta un tiempo prudencial sin exponer a la madre o al feto, es lo aconsejado.

Cuando se necesita la intervención, hay quienes, en alarde de prudencia, la tratan por medios manuales, con las maniobras siguientes:

a) Maniobra de Hodge: consiste en hacer presión hacia arriba en el occipucio, durante los dolores, con el objeto de flexionarla para facilitar la rotación;

b) Maniobra de Tarnier: se utilizan los dedos o la mano, haciendo una rotación directa de la cabeza, operando desde detrás de la oreja al mismo tiempo que por fuera, se hace presión de la frente hacia atrás.

De Lee, dice: «que cuando la pelvis es muy espaciosa, acaso sea posible introducir toda la mano y tirar del occipucio hacia adelante, con los dedos colocados detrás de la oreja, mientras el pulgar empuja hacia atrás la frente. Cuando queda la cabeza en posición adecuada, un ayudante sostiene desde fuera la frente, en el sitio donde la colocó el operador, mientras éste se vale de la mano libre para introducir una cuchara del fórceps». (21)

«La otra mano que se dejó dentro, para evitar que se volviera a desviar el occipucio hacia atrás, dirige la cuchara del instrumento. En muchos casos hemos logrado conservar la nueva posición del occipucio por medio de unas pinzas de garfios aplicados al cuero cabelludo, mientras se coloca el fórceps».

«Si conviene rectificar una posición occipito-posterior, antes de que se encaje la cabeza, se puede elegir entre dos operaciones: la corrección manual o la versión podálica. Las condiciones para la corrección manual son: a) Que la pelvis no sea tan estrecha que impida la subsecuente extracción; b) Que esté vivo el feto; c) Que el cuello uterino esté lo bastante dilatado, para poder introducir la mano; d) Que estén rotas las membranas; e) Que no se halle el útero en contracción tetánica, ni a punto de romperse; f) Que no hay placenta previa ni prolapso del cordón umbilical». (22)

Agrega que estas mismas condiciones a excepción de la última, rigen estrictamente para la versión. Que cualquiera de las dos conductas es buena con la única condición de quien la practique, le tenga confianza y absoluta destreza.

Pero nosotros pensamos que por hábil que sea quien la practique, no se justifica, nunca, una versión para corregir una occipito-posterior, porque sería creer en el enclavamiento habitual de todas las posteriores y porque relegamos la versión a casos excepcionales. (23)

Además, sacar una conclusión definida antes de encajarse las presentaciones cefálicas es incorrecto, porque según el concepto clásico, el encajamiento se verifica por los diáme-

tros oblicuos o transversos y las dos variedades posteriores siguen en frecuencia después de la izquierda anterior y sería interrumpir o interferir el mecanismo normal.

En principio, somos escépticos de las maniobras tendientes a corregir vicios de acomodación, regidos por determinantes anatómicas.

En cuanto a la conducta manual podríamos hacer iguales anotaciones, pero con lo que sí no podemos estar de acuerdo, es con el método de fijar una variedad en feto vivo, con unas pinzas de garfios, por el daño fetal que se causa. Referente a la versión con las técnicas modernas, es absolutamente injustificable tomar esta conducta.

Además, sería cambiar una presentación eutócica por una menos eutócica, antes de haber aquella planteado un verdadero problema, ya que no ha encajado, y no puede saberse de antemano si irá a ser persistente una occipito-posterior. Es como preconizar la cesárea para la persistencia de estas variedades sistemáticamente.

En las maniobras manuales o combinadas con las instrumentales, hacen recalcar la importancia que tiene el cambiarle el dorso posterior al feto, por anterior, cuando existen las occipito-posteriores, porque el solo hecho de hacer rotar la presentación a una variedad anterior no basta, y se observa que cuando tan sólo se llena este requisito sin llenar el anterior, la presentación retorna a su variedad primitiva, si no se fija. (24)

De Lee, con este objeto, propone una maniobra: «se anestesia profundamente a la paciente, se introduce la mano en el útero y se empuja hacia arri-

da la cabeza, pero solo se le saca de la pelvis cuando es absolutamente necesario. Se escoge la mano cuya palma quede directamente hacia la cara del feto; se busca el hombro posterior de éste, y con las puntas de los dedos se le hacen girar hacia adelante, hasta más allá del promontorio; la cabeza que se ajusta en el hueco de la mano, gira con el tronco. La otra mano manipulando en el flanco de la paciente, ayuda a ejecutar este movimiento empujando el hombro hacia adelante. Cuando la mano colocada en la vagina, está guiando la cabeza para colocarla en su nueva posición en la pelvis, la mano externa empuja hacia abajo la cabeza, haciendo presión sobre el occipucio, que se halla entonces sobre la rama del pubis. (25)

«Acaso sea conveniente tirar de la cabeza hacia abajo, con ayuda del fórceps, hasta llevarla profundamente en la pelvis, esperar que se presenten de cuatro a seis contracciones uterinas, quitar el instrumento y dejar que siga su curso natural el parto, cuando menos por algún tiempo».

A esta maniobra podríamos achacarle el peligro de infección, de ruptura uterina y el desprendimiento de la placenta en caso de brevedad del cordón y a más de que ese manipuleo ciego no se justifica en una época en que una intervención bien reglada, como la cesárea, puede ampliar justamente su radio de acción si fuere necesario.

Quando los medios manuales han fracasado, se plantea el interrogante, de qué se debe hacer para efectuar la rotación y acelerar el parto. Entonces no queda más recurso que el fórceps, pero aun con éste debemos pensar todavía qué se debe hacer, porque en

ocasiones si no es prudentemente manejado y no se posee la absoluta destreza, hay peligro materno o fetal, o lo que es peor, peligro conjunto.

A este respecto, varios autores están de acuerdo en que no todas las variedades posteriores pueden ser rotadas manualmente. (26)

Así, se han ideado varias maniobras o métodos que entraremos a describir y a criticar.

Los que creen que la persistencia en occipito-posterior, se debe a falta de flexión, aplican el fórceps, hacen movimientos para lograr la flexión, dejan que se sucedan unas cuantas contracciones uterinas, para fijar la nueva actitud de la cabeza, retirar el fórceps y no se inmutan dejando que el tiempo y la espontaneidad decidan el parto. (27)

Cuando una presentación en variedad occipito-posterior no rota, porque se ha hecho persistente, basta en ocasiones cambiarle de plano para que rote. Así aconsejan desencajar la presentación o encajarla, según el caso. (28). Para el primer caso lo hacen digitalmente y para el segundo siempre con el fórceps.

Otros, aplican el fórceps, hacen flexionar la presentación o no, según el caso, pero lo fundamental es que lo hacen rotar convenientemente, hacen tracción o no, para un mejor descenso y retirar el fórceps para que se suceda el parto espontáneamente.

La mayoría sigue la técnica clásica y aprovecha el fórceps para el descenso, la rotación y la extracción. Pero con esta conducta, la rotación es de 135 grados, es laboriosa, produce desgarros vulvo-vagino-perineales, cuando no sucede que no rota la variedad

y lo haga tan solo el fórceps. Además, el hecho de quedar invertido implica una nueva toma, lo que duplica el traumatismo materno-fetal.

Scanzoni, pensando en estos peligros estudió el problema y aconsejó detener el fórceps en OIIT o en OI DT, según el caso, desarticulando y haciendo una nueva toma para estas variedades. En esta maniobra se plantea el problema de las transversas, con el inconveniente de que se hace doble toma. (29)

Bill, preconiza hacer tomas invertidas para las posteriores, para evitar la retoma, pero los peligros de la rotación son exactos a la clásica. (30)

Varios obstetras no consideran problema a las occipito-posteriores, las hacen rotar 45 grados a O. S. y hacen la extracción en esta variedad, previa episiotomía amplia. (31 y 32)

King y colaboradores, dicen que no sienten miedo de traer occipucios posteriores como tales, porque la cabeza está moldeada para esta variedad y es inconveniente rotarla a anterior. Recomendación que debe ser alumbrada como un occipucio-sacra, teniendo el cuidado durante la extracción de doblar la cabeza hacia arriba, hacia el ángulo púbico.

El problema de las variedades transversas es similar al de las posteriores. Podemos mencionar para las variedades transversas, la maniobra de colocar las cucharas en el diámetro antero-posterior de la pelvis. Se aplica primero la rama anterior, luego la posterior, se hace rotar y se sigue la técnica corriente de toda aplicación. Esta técnica exige un diámetro anteroposterior amplio, expone a las lesiones vesico-uterino-vaginales y a los

perineo-rectales, descontando el traumatismo fetal.

De Lee, considera que debe favorecerse el desprendimiento en oblicua en las pelvis planas, en algunas anatómicas y en las antropoides, simplemente por cuestión de lógica.

Smolhe procedía a resolver el problema con su fórceps corto y recto, haciendo girar la cabeza. Tarnier, igualmente con el suyo y Kielland con el propio suyo, lo preconiza únicamente para la rotación. (33)

De Lee, «con su maniobra de la llave en la cerradura (Key in lock), convierte las O. S. o las posteriores en anteriores. Para esto coloca el fórceps como en las O. P. con la delantera hacia la frente y el pubis; b) Se traba el cierre del fórceps, se empuja éste hacia arriba en el eje de la pelvis y se imprime a los mangos un movimiento de rotación sobre un arco de 45 grados en movimientos separados de cinco grados, no todo de una vez; después de esto la posición es O. D. 135 grados; c) Conservando lo que se ha ganado, se reajusta el fórceps en el diámetro transversal; se hace presión de la cabeza oblicuamente, se repite la maniobra de la llave en la cerradura; se empuja hacia arriba, se da a los mangos un movimiento de rotación de un arco de 45 grados en movimientos separados de cinco grados cada uno, llevando el occipucio a la posición D, es decir, 90 grados; se impide con los dedos que la cabeza regrese más o menos a su posición anterior y se hace que el fórceps pase a colocarse en el diámetro oblicuo izquierdo con la delantera hacia el occipucio. Repítase lo anterior: empujar hacia arriba, hacer recorrer a los man-

gos un arco de 45 grados en movimientos de cinco grados, es decir, llévase el occipucio a los 100 o 105 grados, sin prisa alguna y evitando todo movimiento brusco. Después de esto, la posición es de menos de 45 grados. Luego, se resuelve como una occipito-anterior».

La maniobra de De Lee, tiene el inconveniente de hacer tomas sucesivas, que traumatizan el feto y como se realiza el desencajamiento, se obra sobre diferentes planos pelvianos, en los cuales se causan lesiones más o menos de importancia. Además como en todas estas maniobras en las cuales se realiza el desencajamiento previo, se corre el peligro de las procidencias del cordón. Así Tattelbaum refiere varios casos y dice que este accidente no es infrecuente, y constituye una amenaza constante. (34)

La maniobra de Bill-Scanzoni la recomiendan cuando existen variedades occipito-posteriores, cuyo segundo período de trabajo se ha prolongado por más de dos a cuatro horas de vigilante espera y no se ha realizado la rotación.

Es condición previa que la presentación esté encajada. Se coloca el fórceps con la misma técnica que para las variedades anteriores correspondientes. Una vez articulado, se le imprime un movimiento de flexión hacia el lado opuesto y hacia arriba, en sentido de la extremidad anterior del mismo diámetro de encajamiento, con el fin de realizar la buena flexión de la cabeza fetal y favorecer la rotación. Se hacen girar los mangos de las cucharas dentro de un círculo amplio con el objeto de verificar la rotación. En este momento se le imprime ligera fuerza

por parte del médico que ayuda a la maniobra y con las yemas de los dedos de la mano que está libre, colocados sobre la sutura lambdoide, se ejerce rotación en igual sentido. Al flexionar la cabeza, casi siempre ésta se sale de su plano, por consiguiente, ejerciendo tracción hacia abajo, se vuelve a su lugar. La remoción de las cucharas y la reaplicación del fórceps como para las variedades anteriores completan la maniobra.

De la descripción de la maniobra se concluye que es prácticamente una aplicación clásica, con iguales ventajas e inconvenientes.

Como la práctica demuestra la gran frecuencia con que las variedades posteriores regresan a su variedad original después de que se han hecho rotar por cualesquiera de los métodos conocidos, varios autores, estudiando el problema, crearon su método, así King, realizó otra modificación al Scanzoni. (35)

Este autor asimila las variedades posteriores a su anterior correspondiente, como ordena la conducta clásica. (Figura 8).

Hace la aplicación común y corriente y verifica la rotación con la misma técnica y los mismos cuidados, pero antes realiza la flexión como en el Bill-Scanzoni y lo hace rotar quedando el fórceps invertido, se saca la cuchara que se introdujo primero, es decir, la posterior. Con la segunda rama invertida se ejerce un movimiento de rotación, no en sinergia con la cabeza fetal, sino a través de la pared vaginal posterior, hasta llevarla a la extremidad opuesta del diámetro transversal, en tal forma que deja de estar inver-

tida. Luégo se aplica la otra cuchara como en toma directa siguiendo la técnica correspondiente.

Esta técnica tiene el gran inconveniente de producir grandes destrozos vulvo-vagino-perineales, porque la cuchara se rota por la pared vaginal posterior sobre un plano anatómico muy delicado y muy difícil de defender con la mano que guía la cuchara. Además, el hecho de pasarle la cuchara por la cara al feto, nos parece muy peligroso.

Tatelbaum preconiza una maniobra en dos tiempos, con dos fórceps distintos; el de Tucker McLean y otro que puede ser el de Simpson (36).

El fórceps de Tucker McLean posee como características el de tener las cucharas no fenestradas, el tallo más largo y la parte cefálica del fórceps se separa del tallo en un ángulo de 30 grados. Para usar este fórceps se deben seguir los principios generales de cualquier aplicación de fórceps, mas las normas fijas o requisitos exigidos, tales como la completa dilatación del cervix o la posibilidad de su completa dilatación, ruptura de las membranas, una adecuada relación cefalopélvica y una vejiga desocupada. La anestesia es la usada para estos menesteres.

La pelvis debe quedar algo libre del borde de la mesa. La razón para tomar esta precaución se sobreentiende. Después de que se ha determinado la variedad, se hace la primera aplicación del fórceps, exactamente como en el manejo de Scanzoni, es decir, si la variedad se ve que está correcta en occipito-posterior, el fórceps de Tucker McLean se aplica para una variedad anterior, con la curva pélvica dirigida hacia la cara del niño. Es absoluta-

mente necesario que el fórceps quede bien, asiendo completamente la cabeza, por dentro del cervix, y dentro de la pelvis. Las cucharas deben cerrar suavemente y con precisión. Se empujan hacia atrás, hacia la mesa en un ángulo de 45 grados del suelo. Después de que esto se ha hecho, el tallo se empuja suavemente hacia arriba, dentro de la pelvis. En este punto el tallo se empuja contra el perineo. Una vez logrado el desencajamiento de la presentación, las cucharas se giran sobre sus ejes, en la dirección de las manecillas del reloj en una posición occipito-posterior derecha; y en sentido contrario de las manecillas del reloj, en una posición occipito-posterior izquierda. La presión hacia atrás, rechazando el tallo hacia arriba y la rotación de las cucharas deben ser en movimiento coordinado y suave. Se necesita un esfuerzo mínimo. Al llevar a cabo este procedimiento, la cabeza se hace girar alrededor de un arco amplio, considerando que las cucharas del fórceps giran sobre sus ejes alrededor de un arco pequeño; que es precisamente lo opuesto a la maniobra de Scanzoni. Con frecuencia la cabeza completa la rotación con una mínima tensión, una vez que la rotación se ha empezado suavemente.

Cuando se desea la rotación occipito-posterior y no se conoce la variedad original se logra con un simple esfuerzo exploratorio de rotación de izquierda a derecha.

Cuando la cabeza ha rotado hacia la posición occipito-anterior a través de un arco de 135 a 180 grados, como se había desencajado, se debe encajar de nuevo por medio de presión hacia abajo.

Como las cucharas quedan invertidas, y hay necesidad de sacarlas para aplicar el segundo fórceps, se aconseja ejercer presión sobre la cabeza por vía abdominal, para que no se modifique la variedad.

El segundo fórceps queda en toma directa y puede emplearse el de Wees, Elliotts, Simpson o Tarnier, según las preferencias.

El tiempo para llevar a cabo la episiotomía es voluntario. Se ha encontrado más conveniente hacer la episiotomía casi siempre de tipo medio-lateral, después de que la rotación se ha terminado y el fórceps se ha aplicado por segunda vez.

El método tiene muchas ventajas: 1) Hay poca lesión en la mucosa vaginal, desde que la rotación se haya hecho arriba en la pelvis o en el estrecho superior; 2) La rotación se controla muy bien, mejor que por la rotación manual; 3) En el caso de la salida del cordón, lo cual se ha visto muy pocas veces, hay un poco de peligro para el niño, pero se disminuye el riesgo, ya que el nacimiento generalmente se completa dentro de pocos minutos después que se ha efectuado la rotación.

Operación de Scanzoni Fritsch. De Lee la critica en estos términos: «Esta operación es un método de volver la cabeza fetal por medio del fórceps; es enteramente innecesaria, y, en nuestra opinión, lleva consigo grandes peligros, como la desgarradura de los tejidos blandos maternos y la parálisis de Erb; de ahí, que sólo puedan ejecutarla los expertos. Aplicase el fórceps con su delantera hacia la frente fetal, y girando el instrumento se lleva hacia atrás la frente, con lo cual

queda al revés el fórceps, se quita éste, y se vuelve a aplicar con su borde anterior o delantera hacia el occipucio, que se halla en estos momentos en el pubis; hecho esto, se termina la operación de la manera acostumbrada, después de haberse efectuado la rotación.

Boy Jacobs, modificando la curva pélvica e insertando una articulación movable y ajustable entre cada hoja y el tallo produjo un fórceps que hace posible la realización de la maniobra de Scanzoni con una sola aplicación.

Maniobra de Ramírez Merchán

Fue presentada por primera vez a la consideración de los especialistas esta maniobra, por el Profesor Ramírez Merchán, en la Revista Colombiana de OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, volumen I, número 2 de 1950.

La utilizó como tema de Tesis, Isaias Arenas Buenahora, en octubre 3 de 1950, trayendo a cuento la experiencia del autor, agregando sus observaciones propias de su ejercicio en Bucaramanga.

El Profesor Rodríguez Aponte, la acogió en su ejercicio privado y la expuso en clase, al Curso de Clínica Obstétrica de 1951. De sus explicaciones en el maniquí y de su aplicación en las pacientes, dedujo que la maniobra era de gran utilidad, de sencilla ejecución y excelentes resultados. Según su experiencia podría lograrse un mejor porcentaje de sus indicaciones mediante un artificio en la conducción de la cuchara anterior, que luego explicaremos.

Fue entonces cuando nos interesó en su práctica (y nos la indicó como

motivo de tesis), a fin de divulgarla mejor y de perfeccionar cada vez más su técnica al propio tiempo que se precisen sus indicaciones.

El ejemplo del Profesor Rodríguez Aponte, gran maestro de la especialidad, experto como ninguno en el manejo del fórceps, nos estimuló en la doble tarea de comprender y divulgar una iniciativa nuestra.

Para que se vea que el tema no es una rareza y que el objetivo perseguido es digno de consideración y de medida, no nos hemos limitado a presentar escuetamente la técnica, como hasta ahora se había hecho, sino que la introducimos en el conjunto de las técnicas ideadas por autores famosos con el mismo fin que éstas persiguen, mostrando las ventajas de la nuestra y respaldándola con un buen número de observaciones personales.

La maniobra se puede sintetizar en los siguientes puntos:

1º Proyecto de aplicación del fórceps como para la anterior correspondiente.

2º Colocación de la rama anterior primero, llevándola por el occipital invertida y con la mano opuesta a la de su nombre. Sinérgicamente con la rotación de la cuchara se hace rotar la cabeza a O. A. La cuchara pasa por debajo del pubis a ocupar el sitio que le corresponda, según en donde haya quedado la fontanela menor. (Figuras de 1 a 8).

3º Colocación de la rama posterior del proyecto según las normas clásicas, o sea que la lleva la misma mano que llevó la anterior. La mano-guía no ha necesitado cambio alguno.

4º Los demás tiempos según las normas clásicas.

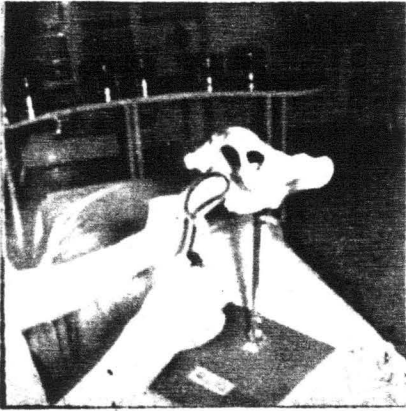


FIGURA Nº. 1

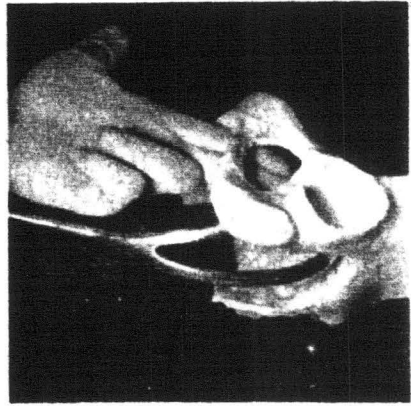


FIGURA Nº. 4

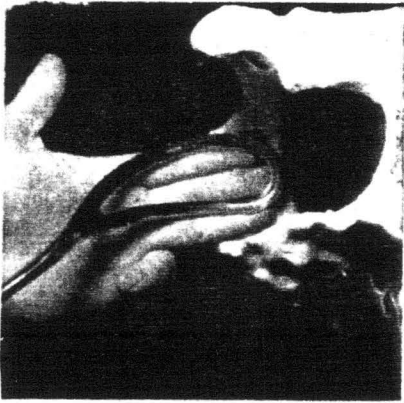


FIGURA Nº. 2

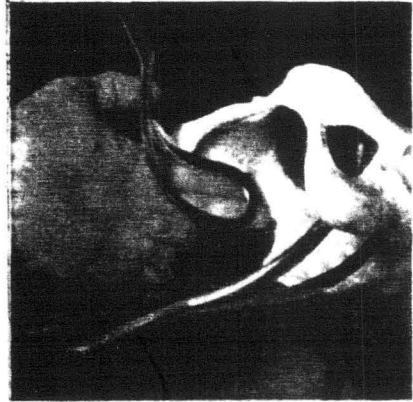


FIGURA Nº. 5

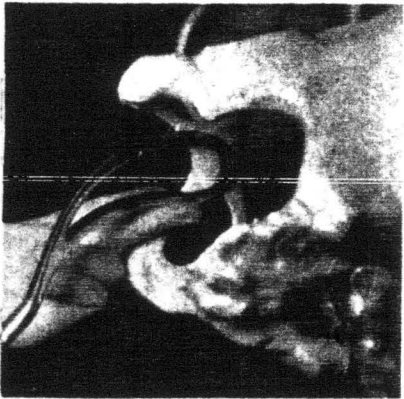


FIGURA Nº. 3

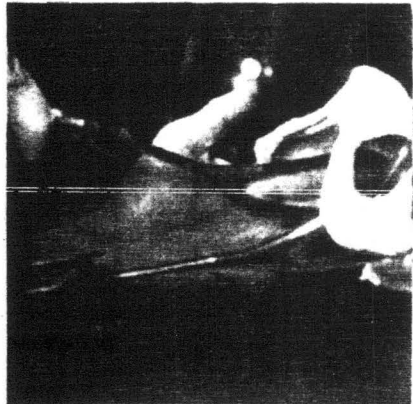


FIGURA Nº. 6



FIGURA N^o. 7

En las posiciones originalmente izquierdas, transversas y posteriores, hay que hacer descruzamiento de la rama para su articulación.

Casos especiales:

a) En ocasiones la cabeza rota a O. P., entonces la cuchara se pasa a ocupar la extremidad correspondiente del diámetro transverso.

b) Otras veces la cabeza rota junto con la cuchara hasta ocupar la extremidad anterior del diámetro oblicuo, opuesto al del proyecto; entonces la técnica sigue teniendo vigencia, solo que la rama debe deslizarse para hacerla posterior y luego se coloca la otra cuchara de acuerdo con las normas clásicas.

c) Cuando la presentación no está encajada y se ensaya esta técnica, puede suceder que la presentación rote a ocupar la variedad posterior opuesta, entonces la técnica no está indicada, así como tampoco lo está el fórceps.

Obsérvese que el todo de la técnica estriba en lo que se va a hacer con la primera rama; en efecto:



FIGURA N^o. 8

a) Esta rama va a hacer la rotación de la presentación de O. S., de O. P. o de O. T., a la anterior correspondiente. Al propio tiempo va a quedar colocada en un sitio previamente reconocido, dentro de una sistematización de la aplicación del fórceps.

b) La colocación de esta rama utilizada como rotadora, rompe las normas clásicas en todos sus detalles y su colocación definitiva impide que la variedad retorne al sitio original con lo cual se perdería lo hecho.

c) La intención original es que esta rama quede anterior; pero el curso de la maniobra puede imponerla como posterior o simplemente en transversa.

De ahí en adelante se sigue el manual clásico.

Anotación de Rodríguez Aponte:

Se puede lograr, en la casi totalidad de su correcta indicación, la rotación a O. P. de la presentación, lo que hace sencilló y más atractiva la técnica, conduciendo la cuchara íntimamente unida a la presentación hasta cuando la fontanela llegue debajo del pubis;

entonces se disminuye la presión de la cuchara sobre la cabeza fetal, se desliza aquélla un poco hacia afuera y se pasa sola por debajo del pubis.

Hay una resistencia natural de la cabeza a seguir rotando, cuando se ha colocado en O. P. La dificultad que pudiera presentarse de pasar la cuchara por debajo del pubis queda obviada.

Ventajas de la maniobra de Ramírez Merchán:

1ª Todas las variedades posteriores, así como las transversas, en que está indicada, se transforman por esta maniobra en variedades anteriores y a veces en variedades directas.

2ª Como consecuencia siempre o casi siempre se logran tomas ideales para el feto.

3ª La rotación efectuada con una sola cuchara protegiendo el canal con la mano-guía evita los desgarros vaginales tan frecuentes cuando la rotación se hace con el fórceps articulado de las maniobras descritas en el capítulo anterior.

4ª La anotación de Rodríguez Apon-te facilita el paso de la cuchara por debajo del pubis y este paso, desde luego, tiene que ser menos traumatizante que el paso del fórceps articulado de las otras maniobras, incluida la clásica.

5ª Por la misma razón anterior es menor el traumatismo fetal.

6ª Solamente se hace una aplicación del fórceps, sin tener que repetirla, como sucede en la clásica y en las de Scanzoni, Bill-Scanzoni, King-Scanzoni, Tucker MacLean, etc.

7ª Solamente se emplea un fórceps.

8ª Hay el mínimo de manipuleo, ya que solamente se emplea una mano como guía en la colocación de ambas cucharas.

9ª El proyecto de fórceps se simplifica al máximo, ya que la maniobra se emplea para las variedades sacras, posteriores y transversas en un mismo proyecto.

10. Los principios que rigen para las variedades derechas, rigen para las izquierdas, modificándose solamente el sentido de la rotación, lo que impone el cambio de mano, que lleva la cuchara, o sea que es la mano izquierda para las variedades izquierdas y la mano derecha para las variedades derechas.

RESUMEN FINAL

1º Se presentan 65 casos más sobre la maniobra de Ramírez Merchán, para la aplicación del fórceps en las variedades OI DP, OI IP, OI IT y OI DT.

2º Se compara teóricamente la maniobra con las maniobras ideadas con tal fin, como las de Scanzoni, Bill-Scanzoni, King-Scanzoni, De Lee (Man. de llave en la cerradura), etc.

3º Se exponen las ventajas de nuestra técnica sobre las otras, a saber:

a) Todas las variedades posteriores, así como las transversas, en que está indicada, se transforman por esta maniobra en variedades anteriores y a veces en variedades directas.

b) Como consecuencia siempre o casi siempre, se logran tomas ideales para el feto.

c) La rotación efectuada con una sola cuchara protegiendo el canal con la mano-guía, evita los desgarros vaginales tan frecuentes cuando la ro-

tación se hace con el fórceps articulado de las maniobras descritas.

d) La anotación de Rodríguez Apon- te facilita el paso de la cuchara por debajo del pubis y este paso, desde luégo, tiene que ser menos traumatizante que el paso del fórceps articulado de las otras maniobras, incluida la clásica.

e) Por la misma razón anterior es menor el traumatismo fetal.

f) Solamente se hace una aplicación del fórceps, sin tener que repetirla como sucede en la clásica y en las de Scanzoni, Bill-Scanzoni, Kin-Scanzoni, Tucker McLean, etc.

g) Solamente se emplea un fórceps.

h) Hay el mínimo de manipuleo, ya que solamente se emplea una manoguía en la colocación de ambas cucharas.

i) El proyecto de fórceps se simplifica al máximo, ya que la maniobra se emplea para las variedades sacras, posteriores y transversas en un mismo proyecto.

j) Los principios que rigen para las variedades derechas, rigen para las izquierdas modificándose solamente el sentido de la rotación, lo que impone el cambio de la mano que lleva la cuchara. O sea, que es la mano izquierda para las variedades izquierdas, y la mano derecha para las variedades derechas.

4º Se exponen los casos aludidos así:

I—31 casos en la variedad OI DP. Con:

a) 4 rotaron a D. T.	12.9%
b) 4 rotaron a D. A.	12.9%
c) 13 rotaron a O. P.	41.9%
d) 5 fracasos de la maniobra	16 %

II—4 casos en la variedad OIIP. Con:

a) 2 rotaron a O. P.	50 %
b) 2 fracasos	50 %

III—22 casos en la variedad OIIT. Con:

a) 3 rotaron a I. A.	13.6%
b) 1 rotó a D. A.	4.5%
c) 14 rotaron a O. P.	63.3%
d) 4 fracasos	18.1%

IV—8 casos en la variedad OI DT. Con:

a) 1 caso rotó a D. A.	12.5%
b) 2 casos rotaron a I. A.	25 %
c) 3 rotaron a O. P.	37.5%
d) 1 caso rotó a I. T.	12.5%
e) 1 caso fracasó	12.5%

Explicación de los fracasos

Algunos fracasos de la aplicación del fórceps, siguiendo la técnica de Ramírez Merchán, se debieron a un exagerado asinclitismo anterior, que imposibilitó el paso de la cuchara por debajo del pubis o a una absoluta e invencible dificultad, sin razón aparente. En otras ocasiones, se logró el paso de la cuchara, sin que se efectuase la rotación de la cabeza. Por último, en un caso fueron tan infructuosas las tentativas del fórceps, siguiendo diferentes técnicas, que hubo que terminar el parto con cesárea.

En 75 casos en total, hubo dos muertes fetales, y en ambos la maniobra de Ramírez Merchán fracasó.

Historial clínico

Solamente se transcriben unas cuantas historias, tomadas al azar.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo: 20 x 3, dismenorrea.

Examen obstétrico: Pulso: 84. Tensión arterial 12 x 6.

Embarazo normal.

Últimas reglas: Junio 20 51.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura uterina de 36 centímetros, con consistencia blanda, forma ovoide, superficie regular, dirección longitudinal, tonicidad normal, líquido amniótico en cantidad normal.

Feto único, desarrollo normal, situación longitudinal, presentación de vértice, posición OID, presentación insinuada, palpación de Pinard favorable, auscultación positiva a la derecha. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 22 - BC 26 - BT 30 - CE 20.

Tacto vaginal (marzo 15/52, a las 17 horas. Dr. Salazar D.): Periné, vulva y vagina normales, cuello central, blando, largo, ligeramente entreabierto. Presentación cefálica alta.

No está en trabajo.

Inicia trabajo el 6 de abril/52, a las 18 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (abril 6, a las 22 y 15): Periné, vulva y vagina normales, cuello central, blando, borrado, dilatación de un centímetro.

Membranas íntegras. Presentación cefálica alta.

Se le ordena un dórico.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (abril 7, a las 18 y 30): Vulva, vagina y periné, normales. Cuello borrado, dilatación de tres centímetros. Presentación encajada en OI DT. Membranas íntegras.

Atrinal doble.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (abril 8, a las 12 y 10): Cuello central, blando, borrado, con 3-4 centímetros de dilatación. Membranas al parecer, íntegras. Presentación cefálica de vértice en OI DP, rechazable.

Nota: Ruidos cardíacos fetales normales. Paciente agotada. Trabajo irregular.

Dos atrinales, dórico, uno comprimido. Vigilarla.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (abril 9, a las 13 y 40): Iguales datos.

Dr. Salazar Dávila).

Tacto vaginal (abril 8, a las 16 y 45): Iguales datos. Dilatación de cinco centímetros. Se le aplica Diparcol, Fenergán, un comprimido cada seis horas. Vigilarla.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (abril 8, a las 18 y 45): Dilatación casi completa, pequeño reborde anterior que se rechaza. Membranas íntegras que se rompen. Presentación de vértice OI DP fija.

Trabajo irregular: cada dos a tres minutos. Ruidos cardíacos fetales normales.

(Dr. Salazar D.)

Abril 8, a las 20 horas: En vista de encontrarse al tacto vaginal iguales

datos y de existir un trabajo prolongado, se resuelve hacer una aplicación de fórceps.

(Dr. Salazar D.)

Aplicación de fórceps:

Fórceps por falta de rotación en una OIDP, después de 50 horas, 5 minutos de trabajo.

Anestesia general por inhalación con éter con Obredamme. Se resuelve hacer la maniobra de Ramírez Merchán.

Se asimiló la toma a una DA y se tomó primero la cuchara izquierda invertida, con la mano derecha, y se hizo rotar sinérgicamente con la cabeza fetal hasta nivel del pubis, y de ahí en adelante tan sólo la cuchara hasta la extremidad izquierda del diámetro transverso. Se rectificó el punto de reparo de la presentación, habiendo quedado un poco hacia la izquierda, pero debajo del pubis. No se tuvo en cuenta este pequeño detalle y se procedió a colocar la otra rama del fórceps en la extremidad derecha del diámetro transverso con la mano derecha. Se articuló normalmente, se ejerció tracción suave en forma intermitente hasta llevarla a posición de desprendimiento. En este momento se hizo episiotomía profiláctica y se retiró una de las cucharas y con la otra se hizo palanca de Hirbineaux. Se realizó la expulsión de la cabeza y se sucedieron normalmente los siguientes tiempos del parto.

El feto respiró y lloró normalmente. Se succionaron flemas, se le ordenó vitamina K, cada seis horas, penicilina, 10.000 U. cada tres horas.

Al comprobar la toma quedó en forma ideal.

El alumbramiento se realizó por tracción simple. Se le hizo expresión de la matriz y se le aplicó intravenosamente un ergotrato.

La episiotomía se le suturó en planos y dentro de la cavidad uterina se le dejaron polvos de sulfatiazol.

La paciente salió en buenas condiciones de la sala de trabajo.

(Dr. Salazar D.)

Expulsión del feto a las 20 horas, 5 minutos. Sexo femenino. Estado del niño al nacer: bien. Expulsión de la placenta a las 20 horas 15 minutos. No hubo hemorragia.

Puerperio normal. Se trató con ergotrate, sulfadiazina, hielo. Toques en la sutura.

Madre e hijo, salen bien del servicio, el día 16 de abril/52.

CASO NUMERO II

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo: 30 x 3. Dismenorrea.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: La enferma no da dato.

Náuseas, vómitos, acedias, cefaleas, edemas y várices.

Examen obstétrico: Pulso 84. Tensión arterial, 10 x 6. Pie chapín bilateral. Claudicación.

Pared abdominal normal, con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, altura de 27 centímetros, de consistencia blanda, forma globulosa, superficie lisa, dirección longitudinal, tonicidad normal, líquido amniótico en cantidad normal.

Feto unico, con desarrollo de 7½ meses, situación longitudinal, presentación cefálica alta; posición izquierda, movimientos positivos.

Pelvimetría: BE 21½ - BC 23½ - BT 27½ - CE18.

Tacto vaginal a las 16 y 30 (febrero 11): Vulva, vagina y periné normales, cuello largo, central, cerrado.

Se ordena enema calmante.

Amenaza de parto prematuro.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (febrero 16 a las 20 y 45): Periné, vulva y vagina normales. Cuello central, blando, largo, cerrado. No se palpa la presentación. Los dedos salen teñidos de flujo blanco, homogéneo, aireado.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (febrero 28, a las 3 y 30): Vulva, vagina y periné normales, flujo amarillo ligado, de aspecto gonocócico. Cuello central, grueso cerrado. Dolores abdominales intensos. Ligera contractura abdominal.

Penicilina 40.000 U. cada cuatro horas. Progesterona, dos ampollas.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (marzo 19, a las 16 horas): Periné y vulva normales.

Vagina larga, estrecha y de paredes granulosas. Sale flujo abundante, amarillo y de aspecto gonocócico. Cuello central, largo, blando, cerrado. Presentación alta, no se palpa. Se le ordena penicilina 30.000 U. cada tres horas. Examen de flujo.

No hay signos de trabajo.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (marzo 29, a las 17): Periné, vulva y vagina en el mismo estado. Cuello central en período de borramiento. Deja insinuar un dedo. Presentación cefálica alta.

Inició trabajo a las 8 horas del 30 de marzo. Contracciones cada cinco minutos. Ruidos cardíacos normales.

(Dr. Salazar D.)

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (marzo 30): vulva, vagina y periné normales, leucorrea. Cuello desviado hacia atrás, permeable a un dedo, membranas íntegras. Presentación cefálica alta. Ruidos buenos.

Se ordena: 0.20 gramos de dórico.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (marzo 30, a las 20 y 10): La dilatación está en un centímetro. Cuello completamente borrado, las membranas íntegras. El trabajo irregular. Los ruidos fetales, bien. Presentación rechazable.

(Dr. Rodríguez Astié)

Aplicación de fórceps:

Fórceps en paciente con pelvis estrecha simétrica, con pies chapines y presentación cefálica de vértice en OIDP.

Anestesia general por inhalación con éter con Obredamme.

Se asimiló la toma a una D. A. y por consiguiente se tomó primero la cuchara izquierda invertida con la mano derecha y se colocó la rama en la extremidad posterior del diámetro oblicuo izquierdo, se hizo rotar sinérgicamente, junto con la presentación y cuando se logró llevar a nivel del

pubis, se dejó rotar solamente la cuchara. Se hizo rectificación del punto de reparo, comprobándose que se había transformado en una I. A. Se resolvió aplicar la rama derecha con su mano en forma corriente. Se articuló, se volvió de nuevo a rectificar el punto de reparo y la toma, encontrando todo normal. Se hizo rotación a O. P., y luego tracción para el desprendimiento en forma intermitente. Estando la presentación en gran coronamiento se hizo episiotomía amplia, por la estrechez de la vulva. Se retiró una de las cucharas y con la otra se hizo palanca, expulsándose la cabeza. Los demás tiempos del parto se sucedieron normalmente.

El niño respiró y lloró de manera normal. Se le succionaron flemas, se le ordenó vitamina K, cada seis horas. Penicilina 10.000 U. cada tres horas.

La toma le quedó ideal, sin producirle lesiones.

El alumbramiento se hizo por tracción simple. Se le hizo expresión a la matriz y se le ordenó ergotrate intravenoso.

Penicilina 30.000 U. cada tres horas.

La episiotomía se suturó por planos, dentro de la cavidad vaginal se dejaron polvos de sulfatizol.

La madre salió de la sala en buenas condiciones.

(Dr. Salazar Dávila)

Expulsión del feto: Abril 4/52, a las 9 horas 20 minutos. Estado del niño al nacer, normal. Sexo: femenino. Peso 3.060 gramos.

Expulsión de la placenta a las 9 horas 30 minutos. No hubo hemorragia. Puerperio normal.

Se trató con ergotrate, penicilina, sulfadiazina. Toques en la sutura. Vitamina C.

Madre e hijo salen bien del Hospital, el día 16 de abril/52.

CASO NUMERO III

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 16 años. Ciclo: 30 x 8. Dismenorrea.

Antecedentes obstétricos: Un parto anterior, a término. Feto gigante. Aplicación de fórceps.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: La enferma no recuerda.

El transcurso del embarazo ha sido normal.

Examen obstétrico: Pulso 80. Tensión arterial: 8 x 4½.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias. Altura de 36 centímetros, de consistencia blanda, forma ovoide globulosa, superficie regular, dirección longitudinal, tonicidad blanda, líquido amniótico en cantidad aumentada.

Feto número único; desarrollo a término, situación longitudinal, presentación de vértice, posición izquierda, alta. Auscultación positiva a la izquierda. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 23 - BC 27 - BT 30 - CE 19.

Inició trabajo el 1º de abril, a las 16 horas.

(Dr. Salazar D.)

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (abril 2/52, a las 16 horas 30 minutos): Periné, vulva y vagina normales. Fluye un flujo blanco, lechoso. Cuello central, blando, todavía largo,

con dilatación de dos centímetros. Membranas íntegras. Presentación cefálica alta a la cual es difícil diagnosticarle la variedad de posición.

(Dr. Salazar D.)

Aplicación de fórceps:

Fórceps por feto gigante y presentación en OI DP y falta de rotación.

Bajo anestesia general por éter, estando el cuello completamente dilatado, las membranas rotas, se hace una aplicación de fórceps de Simpson.

Se hace la maniobra del doctor Ramírez Merchán, introduciendo primero la cuchara izquierda invertida con la mano derecha, se hace una rotación de la cabeza fetal, sin que se logre pasar la cuchara por debajo del pubis, sosteniendo la cabeza con la mano izquierda, se retira suavemente la cuchara, se rectifica la variedad y se nota que la presentación está entre OIDA y OP; se completa la rotación con el dedo y luego ya en OP, se hace una toma directa, se desciende la presentación fácilmente y se lleva a gran coronamiento, en este momento se desarticula el fórceps y se hace episiotomía paramediana, se extrae el fórceps y se obtiene un feto que respira espontáneamente. Se le extraen mucosidades.

Se hace extracción simple de la placenta y se presenta hemorragia post-alumbramiento abundante, debida a una inercia uterina. Se le aplica una ampollita intravenosa de ergotrate y como continúa la hemorragia, se aplican cinco unidades de pitocín endovenoso, lento y se introduce una mano dentro de la matriz, de esta manera se cohibe la hemorragia.

Se sutura la episiotomía con catgut, cromado en tres planos, bajo anestesia perineal con novocaína.

Se le ordena la aplicación de 500 c. c. de solución dextrosada al 5% en solución salina con un gramo de vitamina C. Penicilina, 50.000 U. cada cuatro horas.

La toma resultó parieto-malar.

Tanto la madre como el niño, salieron en buenas condiciones de la sala de trabajo.

(Dr. C. Castellanos)

Expulsión del feto: Abril 3/52, a la 1 y 45 a. m. Sexo masculino. Estado del niño al nacer, bien.

Expulsión de la placenta a la 1 y 55 a. m.

Puerperio normal. Se trató con ergotrate, sulfas, toques en la sutura. Penicilina.

Estado del niño al salir del Hospital: bien.

Fecha de salida del servicio: Abril 8/52.

—

CASO NUMERO IV

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 3, normales.

Embarazo actual: Fecha de amenoreea: La enferma no da datos.

El transcurso del embarazo ha sido normal.

Examen obstétrico: Pulso 76. Tensión arterial: 12 x 7.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin hernias ni eventraciones, con altura de 30 centímetros, de consistencia normal, forma globulosa, superficie regular, dirección mediana; líquido amniótico en cantidad normal.

Feto número uno, desarrollo normal, situación longitudinal, presentación de vértice, posición izquierda, presentación alta, palpación de Pinard favorable. Auscultación positiva a la izquierda.

Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 23 - BC 25 - BT 31 - CE 19.

Inició trabajo el 12 de febrero a las cinco horas.

Tacto vaginal (febrero 12, a las 15 horas): Periné, vulva y vagina normales; cuello central, blando, largo iniciando borramiento, presentación céfalica alta.

Dórico, un comprimido.

(Dr. Salazar Dávila)

Exámenes durante el trabajo: En trabajo, desde las 12 horas del 17 de febrero.

Tacto vaginal (febrero 17 a las 23 horas): Vulva, vagina y periné, normales. Cuello borrado, dilatación de ocho centímetros. Membranas íntegras, se rompen artificialmente, la presentación está insinuada, es rechazable, en OIIP, se toca promontorio y el diámetro fronto-subpúbico mide 10 centímetros. Ruidos y trabajo, buenos.

Se deja en observación vigilándola de cerca.

(Dr. Rodríguez Astié)

Aplicación de fórceps:

En vista de que el período expulsivo se demora después de una espera prudencial de una hora, 30 minutos, se resuelve terminar el parto, mediante una aplicación de fórceps en el estrecho medio para una OIIT. En efecto, bajo anestesia general con éter, se asimi-

la presentación a una OIIA y se introduce primero la cuchara izquierda o posterior, luego la derecha o anterior, y se articulan con facilidad, se hacen tracciones suaves y mediante expresión abdominal se lleva a gran coronamiento, se desarticula el fórceps, se extrae la cuchara derecha, luego la izquierda. Antes de comenzar a traccionar con el fórceps, se practicó episiotomía paramediana y por expresión abdominal se obtiene un feto que respiró espontáneamente y traía una circular bien apretada en el cuello. La episiotomía se suturó en tres planos después del alumbramiento.

(Dr. Rodríguez Astié)

Nota: Se intentó la maniobra de Ramírez Merchán, pero por la dificultad que se encontró para sacar la primera cuchara, por debajo del pubis, no se insistió por lo cual se resolvió hacer la aplicación clásica.

(Dr. Rodríguez Astié)

Expulsión del feto: Febrero 17/52, a las 0 horas 45 minutos. Sexo femenino, estado al nacer: bien. Una circular.

Expulsión de la placenta: a la una a. m.

Puerperio normal. Tratamiento: ergotrate, sulfas. Toques en la sutura. Penicilina.

Madre e hija salen bien del Servicio el día 25 de febrero/52.

CASO NUMERO V

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo: 28 x 3, normales.

Antecedentes obstétricos: Un parto a término normal, feto vivo.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: Julio 10/52.

Embarazo hasta la fecha: normal.

Examen obstétrico: Pulso 80. Tensión arterial: 10 x 7.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias. Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias. Con altura de 29 centímetros, de consistencia blanda, forma ovoide, superficie regular, dirección longitudinal. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto número uno, con desarrollo de ocho meses, situación longitudinal, presentación de vértice en posición izquierda, presentación alta, palpación de Pinard favorable. Auscultación positiva a la izquierda. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24 - BC 28 - BT 30 - CE 19.

Inició trabajo el 14 de abril a las 20 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (abril 15, a las 11 y 20 horas): Periné, vulva y vagina normales. Cuello central, blando, completamente borrado y sin dilatación. Se palpa un polo cefálico alto.

Aplicación de fórceps:

Fórceps por trabajo prolongado (47.50 horas), debido a falta de rotación de la presentación.

Anestesia por inhalación con éter.

Como se trataba de una presentación cefálica de vértice en OIIT, se resolvió hacer la maniobra de Ramírez Merchán, con el objeto de hacer rotar la presentación y poder hacer una to-

ma directa. Se asimilo la variedad a su correspondiente anterior (OIIA), y como en ésta se coloca primero la cuchara izquierda, se tomó la derecha anterior con la mano izquierda en forma invertida y se aplicó en la mitad izquierda de la pelvis materna, en tal forma que hiciera apoyo sobre el punto de reparo de la presentación. Una vez logrado, se hizo rotar sinérgicamente cuchara y presentación hasta nivel del pubis y luégo, tan sólo la cuchara. Se hizo tacto en O. P. La cuchara izquierda se colocó con su mano, como para una toma directa, haciéndolo fácilmente. Se rectificó de nuevo la toma y seguros de normalidad, se procedió a ejercer tracción descendiendo rápidamente. Ya en posición de desprendimiento, se retiró una de las cucharas y con la otra se hizo la maniobra de palanca de Hirbigneaux; en esta forma se realizó la expulsión total del feto. Este respiró y lloró espontáneamente. Se le succionaron flemas, se le ordenó vitamina K, cada seis horas, penicilina 10.000 U. cada tres horas.

La madre no sufrió lesiones consecutivas.

El alumbramiento se realizó por tracción simple a los pocos minutos (10 minutos).

A la madre se le formuló ergotrate intravenoso. Salió en buenas condiciones de la sala.

(Dr. Salazar Dávila)

Expulsión del feto: Abril 16/52, a las 14 y 50. Sexo femenino. Estado al nacer: normal. Peso: 2.260 gramos.

Expulsión de la placenta, a las 15 horas 5 minutos.

Puerperio normal. Se trató con ergotrate-sulfas.

Madre e hija salen bien del Hospital, el día 22 de abril/52.

CASO NUMERO VI

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 5. Dismenorrea.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: agosto 6/51.

Embarazo normal.

Examen obstétrico: Pulso, 104. Tensión arterial, 11 x 7.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin hernias ni eventraciones, con altura de 34 cms., de consistencia blanda, forma ovoide, superficie regular, dirección longitudinal. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto único, desarrollo a término, situación longitudinal, presentación de vértice, posición derecha, presentación insinuada, palpación de Pinard favorable. Auscultación positiva a la derecha, movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24—BC 28—BC 30—CE 20½.

Inició trabajo el 14 de abril a las 18 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (abril 14 a las 23 y 10): Periné, vulva y vagina normales; cuello central, blando, casi completamente borrado, con tres centímetros de dilatación. Membranas íntegras. Presentación cefálica alta. No es posible el diagnóstico de la variedad.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (abril 15 a las 21 y 40): Vulva, vagina y periné normales; cuello borrado con siete centímetros de di-

latación, presentación cefálica de vértice OIDP, entre los estrechos medio y superior, encajada. Membranas íntegras. Ruidos cardíacos fetales bien. Trabajo regular e intenso. Atrinal doble.

(Dr. Rodríguez Astié)

Aplicación de fórceps:

Duración del trabajo: 30 horas y 30 minutos. Retardo en el periodo de expulsión por falta de rotación. Agotamiento de la paciente.

Anestesia por inhalación con éter.

Se resolvió hacer la maniobra de Ramírez Merchán.

Llenando los requisitos de aplicación de fórceps, se asimiló a una OIDA, ya que se trataba de una presentación de vértice en OIDP.

Siguiendo la regla de contradecir lo clásico, se tomó la cuchara izquierda invertida con la mano derecha y se aplicó sobre la presentación quedando la cuchara sobre la extremidad derecha del diámetro transversal de la pelvis. En este momento se hizo rotar sinérgicamente la cabeza fetal y la cuchara, lográndolo fácilmente. A nivel del pubis se dejó deslizar la cuchara sola, hasta llevarla a la extremidad izquierda del diámetro transversal. Se hizo rectificación del punto de reparo de la presentación, comprobándose en O. P. Se procedió a aplicar la cuchara derecha con su mano, como para una toma directa. Se volvió a rectificar, quedando la aplicación bien hecha. Se ejerció tracción suave a intermitente hasta colocar la presentación en desprendimiento. Se hizo episiotomía profiláctica, se retiró una de las cucharas y con la otra se hizo maniobra de Hirbineaux, que

facilito la expulsión de la cabeza. Los demás tiempos del parto se realizaron de manera normal. Se obtuvo un feto de 3.160 gramos que lloró y respiró espontáneamente. Se le succionaron flemas y se le ordenó la aplicación de vitamina K cada seis horas.

Al comprobar la toma resultó ideal. El feto no sufrió lesiones.

El alumbramiento se verificó por tracción simple.

A la madre se le aplicó un ergotrate intravenoso, precedido de masaje uterino.

Bajo el mismo efecto de la anestesia se procedió a la episiorrafía.

Se formuló para la madre, penicilina, 30.000 unidades cada tres horas. Toques en la sutura perineal. Ergotrate, dos comprimidos en las 24 horas. Hielo en el abdomen. Vigilarla.

Madre e hijo salen en buenas condiciones de la sala de trabajo.

(Dr. Salazar Dávila)

Expulsión del feto el 16 de abril a las 8 y 30. Sexo: femenino.

Estado al nacer: normal.

Expulsión de la placenta a las 8 y 40.

Puerperio normal. Tratamiento: ergotrate, sulfas, penicilina, toques en la sutura.

Estado de la madre y el niño al salir del hospital: bien.

Fecha: abril 22/52.

CASO NUMERO XVI

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo: 30 x 4. Normales.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: no recuerda.

Nauseas, vomitos, constipación y caídas en el curso de su embarazo.

Examen obstétrico: Pulso, 78. Tensión arterial: 11 x 7.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura de 33 centímetros, de consistencia blanda, forma globulosa, superficie lisa, dirección longitudinal. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto único, con desarrollo a término, situación longitudinal, presentación cefálica de vértice. Posición derecha, presentación insinuada. Palpación de Pinard favorable.

Auscultación positiva a la derecha. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24 — BC 28 — BT 32 — CE 19.5.

Iniciación del trabajo el 8 de junio a las cinco horas

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (junio 8 a las 11): Periné, vulva y vagina normales, cuello central, largo, dos centímetros, blando, sin dilatación. Membranas íntegras.

Comenzando a borrar el cuello; expulsión del tapón mucoso.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (junio 9 a las 11): Vulva, vagina y periné normales, cuello borrado con siete centímetros de dilatación, presentación cefálica de vértice en OI DT insinuada. Se rompen artificialmente las membranas.

Atrinal, dos ampollitas.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal (junio 9 a las 13 y 40): Iguales datos a los del tacto anterior. Ruidos cardíacos fetales normales.

(Dr. Salazar D.)

Junio 9 a las 16 y 15: Iguales datos al anterior tacto.

(Dr. Salazar D.)

Junio 9 a las 18 y 25: Iguales datos. Ruidos cardíacos fetales lentos e intermitentes. Se le normalizan los ruidos con oxígeno. En vista del trabajo tan prolongado de 37.25 horas, se resuelve hacerle una anestesia en silla de montar, pues el cuello aparece espasmódico y ligeramente edematoso.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (junio 9 a las 18 y 40): Dilatación completa. Ruidos fetales intermitentes, muy lentos. Se le deja el oxígeno a permanencia. Se aplican dos unidades de Pitocín para regularizar el trabajo. Se vigila la paciente.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (junio 9 a las 19 horas): Ruidos cardíacos lentos e intermitentes. Sale líquido amniótico teñido de meconio. Presentación cefálica de vértice en OIDP, encajada a nivel del estrecho superior. Se resuelve concluir el parto con fórceps.

Aplicación de fórceps:

Fórceps por trabajo prolongado, falta rotación de una OIDP y sufrimiento fetal.

Se resuelve hacerle la maniobra de Ramírez Merchán.

Bajo la misma anestesia en silla de montar con 0.03 gramos de Escurocaína y dos c. c. de solución dextrosada al 10%, se hace la aplicación.

Se asimiló la toma a una derecha anterior, por consiguiente se colocó la rama izquierda invertida con la mano

derecha y se procedió a hacer rotación sinérgica de la cuchara y de la cabeza, lográndolo con alguna dificultad, pero sin traumatismo hasta lograr pasarla por debajo del pubis y llevarla hasta la extremidad izquierda del diámetro transversal. Se hizo rectificación del punto de reparo habiendo quedado en IA. Se colocó la rama derecha con su mano, en forma usual. Se hizo comprobación de la toma encontrando todo normal. Se hizo tracción para adelantar el descenso, luego la rotación a O. P. y se siguió con tracciones intermitentes, hasta llevar la presentación a gran coronamiento. Se hizo episiotomía profiláctica, se retiró una de las ramas y con la otra se realizó palanca hasta lograr la expulsión. Los demás tiempos del parto se realizaron normalmente.

El feto respiró y lloró de manera espontánea. La toma quedó ideal, no sufrió lesiones. Se le ordenó vitamina K cada seis horas. Alumbramiento espontáneo. Se le hizo expresión uterina y luego aplicación de ergotrate intravenoso.

La episiotomía se suturó por planos, bajo el efecto de la misma anestesia. En la vagina se le dejaron polvos de sulfatiazol.

La madre salió de la sala en buen estado. Se le ordenó penicilina 40.000 unidades cada tres horas. Vigilarla.

(Dr. Salazar D.)

El niño nació a las 19.15 horas del 9 de junio/52. Sexo, masculino; peso, 3.220 gramos. Estado al nacer: bien.

Alumbramiento a las 19.45 horas. Placenta 720 gramos. Cerdón para central, longitud de 50 centímetros.

Puerperio sub-febril. Tratamiento: Sulfadiazina, ergotrate, toques en la sutura perineal. Piramidón.

Estado del niño al salir del servicio: sano.

Fecha de salida: junio 16/52.

CASO NUMERO XLI

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo de 30 35 x 6 días.

Antecedentes obstétricos: Dos partos anteriores normales con fetos vivos.

Embarazo actual: Últimas reglas: marzo 29/51.

La evolución del embarazo ha sido normal.

Examen obstétrico: Pulso 70. Tensión arterial de 110 x 50.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura de 32 centímetros, de consistencia normal, forma globulosa, superficie lisa, dirección longitudinal. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto número uno, con desarrollo a término, presentación cefálica de vértice, posición izquierda, alta. Palpación de Pinard favorable.

Auscultación positiva, a la izquierda. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24 — BC 27 — BT 30 — CE 20.

El trabajo se inició el 9 de enero a las 24 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (enero 10 a las 22 horas): Periné, vulva y vagina normales; cuello central, largo, un centímetro, blando, dilatación de tres centímetros. Mem-

branas rotas, sale líquido amniótico con meconio. Presentación cefálica de vértice alta en OIIT.

(Dr. J. M. Páez)

Tacto vaginal (enero 11 a las 0 y 45): Vulva y vagina normales; cuello en dilatación casi completa, bolsa rota. Presentación en OIIT.

Aplicación de fórceps:

Los ruidos fetales se tornaron lentos e irregulares. Se aplica fórceps por sufrimiento fetal. Se hace la maniobra de Ramírez Merchán, llevando la presentación a OIIA y se hace la toma en ideal.

Alumbramiento normal.

Expulsión del feto: Enero 11/52 a la 1 a. m. Estado al nacer: bien.

Sexo, masculino. Peso, 2.820 gramos.

Alumbramiento a los 10 minutos. Placenta 720 gramos. Cerdón paracentral, 60 centímetros de longitud.

Puerperio normal, Tratamiento: ergotrate, hielo, sulfas.

Estado del niño al salir del Instituto: sano.

La madre sale por restablecimiento: enero 16/52.

CASO NUMERO LI

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo de 30 x 4.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: Noviembre 22/50.

En el mes de junio del presente año estuvo hospitalizada durante 15 días por una neumonía.

Ha tenido náuseas, vómitos, cefaleas y fosfenos durante el embarazo.

Examen obstétrico: Estado general: bueno. Pulso 112. Tensión arterial, 11 x 7.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura de 32 centímetros, de consistencia blanda, forma ovoide, superficie lisa, regular, dirección longitudinal. Líquido amniótico, en cantidad normal.

Feto único, con desarrollo a término, situación longitudinal, presentación cefálica de vértice, posición izquierda. Palpación de Pinard favorable.

Auscultación positiva, a la izquierda. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24 — BC 28 — BT 30.5 — CE 18.5.

Iniciación del trabajo: agosto 27 a las 11 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (agosto 28 a las 22 y 20): Periné, vulva y vagina: normales. Cuello central, todavía largo, con dos centímetros de dilatación. Membranas íntegras. Presentación cefálica alta.

(Dr. Salazar)

Tacto vaginal (agosto 30 a las 4 y 30): Vulva, vagina y periné normales. Cuello grueso, central, dilatación de tres centímetros. Membranas íntegras, presentación encajada. No se puede precisar la variedad de posición.

Se ordena vigilar los ruidos y aplicar dos ampolletas de atrinal.

(Dr. Rodríguez Astié)

Tacto vaginal agosto 30 a las 9 horas: Iguales datos a los anotados en el tacto anterior.

Se pasa a espera bajo vigilancia.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (agosto 30 a las 17 y 30): Iguales datos a los anteriores.

Se ordenan dos atrinales. Vigilancia.

(Dr. Salazar D.)

Tacto vaginal (septiembre 1º a las 9 y 45 horas): Cuello con 3.5 centímetros de dilatación. Membranas al parecer rotas. Trabajo intenso y prolongado.

Atrinal, dos ampolletas y a las dos horas morfina atropina.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (septiembre 1º a las 16 y 20): Cuello borrado, blando, dilatación de cuatro centímetros. Membranas rotas. Presentación en el estrecho superior insinuada en OIIP.

Se ordena lavado intestinal. Vigilancia.

(Dr. Mera González)

Septiembre 1º a las 18 horas: Se decide aplicar fórceps por trabajo prolongado y presentación fija en OIIP.

Aplicación de fórceps:

Bajo anestesia por inhalación con éter, se completa la dilatación y se aplica fórceps, según la maniobra de Ramírez Merchán.

Se asimiló la toma a su correspondiente anterior (OIIA) y se aplicó primero la cuchara derecha con la mano izquierda, quedando invertida, según la técnica. Se hizo rotar sinérgicamente junto con la cabeza fetal ayudado con la mano derecha hasta llegar a nivel del pubis. En este diámetro siguiendo la modificación del Profesor Rodríguez Aponte se dejó girar solamente la cuchara hasta el diámetro transversal pelviano en su extremidad derecha. Se rectificó el punto de repa-

ro de la presentación y se comprobó que estaba en situación perfecta de desprendimiento O. P. En seguida se aplicó la rama izquierda con su mano, quedando en toma ideal y perfecta.

La tracción para la expulsión se hizo suavemente y se practicó la episiotomía profiláctica de rutina. Esto, luego del alumbramiento simple, se suturó por planos.

El feto no sufrió lesiones, respiró espontáneamente. Se le aplicaron 10.000 unidades de penicilina, vitamina K cada seis horas. La madre salió en buenas condiciones de la sala de trabajo.

(Dr. Salazar Dávila)

Expulsión del feto: septiembre 1º a las 18 horas. Estado al nacer: bien. Sexo femenino. Peso: 2.820 gramos.

Alumbramiento a los 10 minutos. Placenta 800 gramos. Cerdón: 40 centímetros, marginal. Una circular.

Puerperio: normal. Tratamiento: sulfadiazina hielo; toques en la sutura. Piramidón. Ergotrate.

Estado del niño al salir del Instituto: sano.

La paciente sale por restablecimiento: septiembre 8/51.

CASO NUMERO LII

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo: 20-30 x 4-6 días. Menalgias.

Antecedentes obstétricos: Cinco partos a término, normales; cuatro con feto vivo y uno con feto muerto.

Dos abortos: uno de dos meses y otro de cuatro meses.

Embarazo actual: fecha de amenorrea: noviembre 17/50.

Náuseas, vómitos, acedias y cefaleas durante el embarazo.

Examen obstétrico: Estado general satisfactorio. Pulso 84.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura de 31 centímetros, de consistencia blanda, forma ovoide, superficie regular, dirección longitudinal. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto único, con desarrollo a término, situación longitudinal, presentación cefálica de vértice, posición izquierda, móvil. Palpación de Pinard, favorable.

Auscultación positiva, a la izquierda. Movimientos activos.

Pelvimetría: BE 24 — BC 28 — BT 31 — CE 19.5.

La paciente no está en trabajo. Al llegar al Instituto se le practica tacto vaginal (agosto 16 a las 15 horas): Periné, vulva y vagina: normales. Cuello central, blando, largo, cerrado. No se palpa la presentación.

(Dr. Salazar Dávila)

No hay dato de la iniciación del trabajo.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (agosto 22 a las 20 y 30): Periné, vulva y vagina normales. Cuello central, borrado, algo espasmódico, con seis centímetros de dilatación; membranas rotas. Presentación de vértice en OIIT a nivel del estrecho superior, insinuada, es desplazable.

Se anota además que los ruidos cardíacos fetales son normales, pero la paciente se muestra intranquila, desesperada. Se le ordenan dos atropínicos. Fenobarbital una ampolla.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (agosto 23 a las 9 y 10): Se anotan iguales datos al tacto anterior. Sensiblemente, igual dilatación del cuello.

Se ordena seguir vigilando.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (agosto 23 a las 15 y 30): Vulva, vagina y periné normales. Cuello central, duro, dilatación de seis centímetros, espasmódico, con un nódulo fibromatoso del tamaño de un huevo de paloma. La presentación encajada, aunque rechazable, en OIIA. Se intenta completar la dilatación pero sólo se logra llevarla a siete centímetros. Se ordena continuar con el atrinal formulado.

(Dr. Salazar Dávila)

Tacto vaginal (agosto 23 a las 19 y 30): Las mismas condiciones del tacto anterior. La cabeza es rechazable, la dilatación no avanza, el trabajo irregular, inefectivo.

(Dr. Rodríguez Astié)

Agosto 23. Llamado el Jefe de Clínica, doctor Echeverry, examina a la paciente a las 22 y 30 y después de un tacto vaginal conceptúa que la dilatación está casi completa (siete centímetros) y que la presentación se encuentra entre OIIA y OIIT, mal flejada, pues se toca toda la gran fontanela y difícilmente la pequeña, se pudiera decir que es casi una frente, pero no se tocan las arcadas orbitarias; además está alta por sobre el estrecho superior, decide la aplicación de un fórceps para lo cual intenta la maniobra de Ramírez Merchán, introduce la rama derecha invertida y con ella rota la cabeza pero por la movilidad

exagerada pasa a OIIT; se retira la cuchara y fijando el ayudante la cabeza, logra volverla a la variedad de posición primitiva: OIIT. Se intenta entonces una toma para OIIT, introduciendo primero la rama izquierda, luego la derecha, articulando con facilidad y ayudado por expresión abdominal hace tracción sin lograr encajar la presentación; trata de encajarla en un diámetro oblicuo y falla; observa que ha rotado a O. S. y le da una vuelta completa al fórceps articulado para convertirla en O. P., esto se logra pero las nuevas tracciones para encajarla son infructuosas. Se controlan los ruidos fetales y estando éstos bien, se desiste del fórceps y se adopta la siguiente conducta: penicilina, 100.000 unidades inicialmente y luego 50.000 unidades cada tres horas.

Una vez que despierta la paciente de la anestesia bajo la cual se sometió a las maniobras anteriores, da 0.20 gramos de seconal y vigilar los ruidos para ver si con lo anterior, después de un reposo más o menos aceptable, reanuda trabajo y encaja la presentación, o de no lograrse esto, recurrir a la intervención por vía alta.

(Dr. Rodríguez Astié)

A las nueve horas del día 24 de agosto/51. El Profesor Rodríguez Aponte examina a la paciente y la encuentra en iguales condiciones: Inercia uterina, presentación cefálica de vértice móvil sobre el estrecho superior, ruidos cardíacos fetales normales.

Bajo anestesia con ciclopropano intenta un fórceps alto, para lo cual introduce primero la cuchara izquierda,

luego la derecha, se articulan las ramas y se hacen intentos de encajarla, primero en un diámetro oblicuo, luego en un diámetro transverso, pero resultan infructuosas las maniobras. Entonces se decide, en vista de que los ruidos fetales se han acelerado, terminar el trabajo de parto mediante una cesárea.

Operación cesárea:

Agosto 24 a las 10 y 55 horas. Cesárea por inercia uterina y falta de encajamiento después de un trabajo muy prolongado. Laparotomía media infraumbilical incidiendo piel, tejido celular, aponeurosis, después de abrir en ella un ojal, ampliar con tijeras de Mayo; se separan los rectos abdominales, se protege el campo operatorio, se procede a abrir el peritoneo parietal protegiéndolo con compresas húmedas, se coloca un separador abdominal. Se incide el peritoneo visceral en la parte superior del segmento, se separa con tijeras romas, se corta transversalmente, luego con sonda acanalada se abre en el músculo uterino un ojal que se prolonga a lado y lado con tijeras, se extrae la cabeza que es más grande de lo que aparentaba por los tactos, se aplica ergotrate intravenoso. Se obtiene un feto que respira espontáneamente. Se procede a reparar los planos así: útero en puntos separados con catgut cromado número 2, primero; luego sutura invaginante con catgut cromado número 2, en surcette continuo. Peritoneo visceral con catgut simple número 1, en sutura continua. El parietal con catgut simple número 1, en sutura continua; la aponeurosis con catgut cromado número 2, en puntos separados. Se afronta la

grasa con catgut simple 00 y la piel con seda en puntos de corachin. Madre e hijo salen en buenas condiciones de la sala de cirugía.

(Dr. Rodríguez Astiá)

Cirujanos: Profesor Rodríguez, doctor Mera G.

Extracción del feto: agosto 24/51 a las 10 y 55. Estado al nacer: bien. Sexo femenino. Peso 3.120 gramos.

Placenta de 800 gramos de peso. Cerdón paracentral, 40 centímetros de longitud.

Post-operatorio: febril. Tratamiento: penicilina, ergotrate, hielo, dextrosa, Vitamina C, estreptomycin.

Estado del niño al salir del Instituto: En convalecencia de hemorragia intracraneana.

La paciente sale por restablecimiento: septiembre 5/51.

CASO NUMERO LIX

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo de 30 x 6-8 días.

Embarazo actual: Fecha de amenorrea: julio 12/50.

La evolución del embarazo ha sido normal.

Examen obstétrico: Estado general: bueno. Pulso: 75. Tensión arterial: 15 x 8.

Pared abdominal con tonicidad normal, sin eventraciones ni hernias, con altura de 33 centímetros, de consistencia normal, forma globulosa, superficie regular, dirección mediana. Líquido amniótico en cantidad normal.

Feto único, con desarrollo a término, situación longitudinal, presentación cefálica de vértice, posición derecha. Palpación de Pinard favorable.

Auscultación positiva, a la derecha, movimientos activos.

Pelvimetría: BE 23 — BC 26 — BT 30 — CE 19.

Iniciación del trabajo: Marzo 16 a las 23 horas.

Exámenes durante el trabajo: Tacto vaginal (marzo 17 a las 11 y 10): Periné, vulva y vagina: normales. Cuello borrado, dilatación de nueve centímetros. Bolsa íntegra. Presentación cefálica de vértice rechazable en OIDP. Ruidos cardíacos fetales positivos.

(Dr. Cabrera)

Aplicación de fórceps:

Fórceps por falta de rotación.

Estando la presentación en OIDP y muy fatigada la paciente, se anestesia bajo pentotal, se completa la dilatación y se decide aplicar un fórceps de Simpson, con la técnica de Ramírez Merchán, lo que se hace con tal éxito que la presentación rota a O. P. Con suave maniobra de Kristeller se obtiene un feto que respira espontáneamente y que traía una circular.

Se hizo previa episiotomía que luego se suturó.

Alumbramiento: normal.

Madre e hijo salen bien de la Sala de Trabajo.

(Dr. R. F. Sánchez)

Extracción del feto: Marzo 17/51 a las 12. Estado al nacer: bien. Sexo: masculino; peso: 2.940 gramos.

Alumbramiento a los 15 minutos. Placenta: 660 gramos. Cordón para-central: 80 centímetros de longitud, una circular.

Puerperio febril. Tratamiento: Ergotrate, sulfas, hielo, laxante. Calmantes. Penicilina, septicán, calcio intravenoso. Vitamina B. Toques en la sutura.

Estado del niño al salir del Instituto: sano.

La paciente sale por restablecimiento: abril 5/51.

BIBLIOGRAFIA

- 1—**Beck.** Tratado de Obstetricia. Páginas 322-11.
- 2—**Acosta S. Hernando.** Conferencias de Obstetricia. Tomo I. Páginas 164-8 a 10.
- 3—**Beck.** Práctica de Obstetricia. Páginas 322-7 a 10.
- 4—**De Lee.** Principios y Práctica de Obstetricia. Páginas 761-18.
- 5—**De Lee.** Principios y Práctica de Obstetricia. Páginas 726-6.
- 6—**Year Book of Obst. and Gynec.** Páginas 183-4.
- 7—**De Lee.** Principios y Práctica de Obstetricia. Páginas 761-20.
- 8—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 762-4.
- 9—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 762-8.
- 10—**Plata Rueda Ernesto.** «Traumatismo Obstétrico en el Recién nacido. Tesis de Grado. Fac. Nal. de Medicina. 1950.
- 11—**Nubiola y Zárate.** Tratado de Obstetricia. Página 888.
- 12—**Cita de Lee de Plas, Caldwell, Moley y. D Esopo.** Principios y Práctica de Obstetricia. Páginas 758-27.

- 13—**Fabre.** Manual de Obstetricia. 1941. De Lee. Princ. y Prac. de Obste. 758-36. Nubiola y Z. 469-470-36.
- 14—**Nubiola y Zárate.** Tratado de obstetricia. Páginas 469-470-14.
- 15—**De Lee.** Principios Prácticos de Obstetricia. Página 759.
- 16—**De Lee.** Principios y Práctica de Obstetricia. Páginas 759-31.
- 17—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 761-762.
- 18—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Página 763. Traumatismo Obstétrico en el Recién Nacido. Tesis de Grado. 1950. Plata Rueda Ernesto.
- 19—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Página 763.
- 20—**Nubiola y Zárate.** Tratado de Obstetricia. Páginas 886-47.
- 21—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 1.920-12.
- 22—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 1.190-24.
- 23—**Villa Zapata Francisco.** «Peligro de la Versión por Maniobras Internas». Tesis de Grado. Fac. Nal. de Medicina. 1947.
- 24—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 1.191-2 a 4.
- 25—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. Páginas 1.186, 1.191 y 1.192.
- 26—**Titus.** Manegement of Obstetrics Difficultres. 1952. Páginas 653-19 a 21.
- 27—**Barrows, D. N.** Americal Journal Obst. a Gyn. 1944.
- 28—**Healy, W. P., and Brown, R. L.** Americal Jor. Obst. Gyn 1939.
- 29—**Moraques B.** Clínica Obstétrica. Página 165.
- 30—**Moraques B.** Clínica Obstétrica. Páginas 165-38.
- 31—**Navas Angel Hernando.** «El parto en las variedades posteriores de Vértice. Desprendimiento artificial en O. S. Tesis de Grado. Fac. Nal. de Med. 1948.
- 32—**Year Book of Obst. Gyn.** 1951. Páginas 183-9.
- 33—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obstetricia. 1.249-27-33.
- 34—**American J. of Obst. and Gyn.** Vol. 57, N° 3. Página 553.
- 35—**Year Book of Obst. and Gyn.** 1951. Páginas 183-14.
- 36—**AM. J. of Obst. y Gyn.** Vol. 57. N° 3. Página 553.
- 37—**De Lee.** Principios y Prácticas de Obst. Página 1.254.
- 38—**Arenas Buenahora Isaias.** «Procedimiento del Profesor Agregado Ramírez Merchán para la aplicación de fórceps en las variedades posteriores de vértice. Tesis de grado Fac. Nal. de Medicina. Bogotá, 1950.
- 39—**Revista Colombiana la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.** «Maniobra de Ramírez Merchán». Febrero marzo, 1950.