

# MANUAL DE OBSTETRICIA PARA COMADRONAS

por el

**Dr. LUDWIG PISKACHEK**

Profesor universitario extraordinario; ex Profesor de Tocología del curso de comadronas  
y Director de la Tercera Clínica ginecológica de Viena

PRIMERA EDICION ESPAÑOLA

TRADUCIDA DE LA SÉPTIMA EDICIÓN ALEMANA

Ilustrada con 103 figuras en el texto

618.1 Pis

Reg. 1077

BARCELONA

**SALVAT EDITORES, S. A.**

41 - CALLE DE MALLORCA - 49

1929



7. *Genitales externos.*—Se reconoce si existen en ellos heridas, úlceras, erupciones, edemas o varices y también si existe o no un flujo excesivo. Esta inspección la practica la comadrona en ocasión de la limpieza y desinfección de los genitales externos de la mujer que se explora (§ 78), limpieza que debe preceder a la



Fig. 27. — Primera posición de las manos en la exploración externa

exploración interna, no debiendo nunca olvidar la discreción y el tino al proceder a esta exploración.

La subsiguiente exploración mediante la *palpación* debe conducirnos a la determinación de la situación del feto. Para ello es necesario que la mujer que debe explorarse se coloque en una posición apropiada. La más conveniente es el decúbito dorsal. Es necesario que no contenga la respiración, sino que, por el contrario, respire regular y profundamente. La mejor manera de conseguirlo consiste en distraerla con una conversación. Además es necesario que la embarazada vacie el intestino y la vejiga urinaria antes de la exploración. Antes de la palpación la comadrona deberá lavarse las manos con agua caliente y jabón.

Palpación  
del abdomen

Práctica  
de la palpación  
  
Primera posición  
de las manos

Para llevar a cabo convenientemente la palpación deberán colocarse las manos sucesivamente en las siguientes posiciones:

1 (fig. 27). La persona que practica la exploración debe situarse al lado de la cama con la espalda vuelta hacia la cabeza de la mujer que se explora, y colocará sus manos planas y con



Fig. 28. — Segunda posición de las manos en la exploración externa

las yemas de los dedos dirigidas hacia abajo sobre el abdomen por encima del estrecho superior. Entre las manos así colocadas deberá quedar un espacio de la anchura aproximada de la palma de la mano.

Se ejerce primero una presión con los dedos de una mano y después con los de la otra. Si la cabeza se halla en el estrecho superior se reconoce en forma de un cuerpo esférico voluminoso y duro; si es la extremidad pélviana la que se halla en este lugar, se nota también un cuerpo voluminoso, pero más blando. Si no se encuentra parte fetal alguna, en este caso podrán hundirse profundamente las paredes abdominales sin chocar con resistencia alguna.

2 (fig. 28). La persona que explora cambia ahora su postura volviendo la cara hacia la cabeza de la mujer y coloca las manos planas a ambos lados del fondo del útero, de modo tal que las yemas de los dedos queden dirigidas hacia arriba. También aquí se moverán alternativamente los dedos de las manos

Segunda posición  
de las manos



Fig. 29. — Tercera posición de las manos en la exploración externa

derecha e izquierda para averiguar de esta manera lo que se halla entre ellos. Si en la primera posición se ha encontrado la cabeza abajo, se encuentra arriba el polo pelviano y a uno de los lados partes pequeñas (talón).

3 (fig. 29). Se dirige después la cara anterior del cuerpo del que explora contra el borde lateral de la cama, y con las manos juntas, una al lado de la otra, se palpa primero uno de los lados del abdomen en la embarazada, después el otro; el dorso del feto se encuentra en el lado en que la resistencia es mayor.

En el lado opuesto las paredes abdominales pueden ser hundidas profundamente.

4 (fig. 30). Para comprobar de una manera más precisa

Tercera posición  
de las manos

Cuarta posición  
de las manos

los datos adquiridos respecto de la situación del dorso del feto, se coloca una mano a lo largo de uno de los lados del abdomen mientras la otra se coloca en el lado opuesto, palpando de arriba abajo.

Para hacerse cargo de la exacta disposición del polo fetal de la

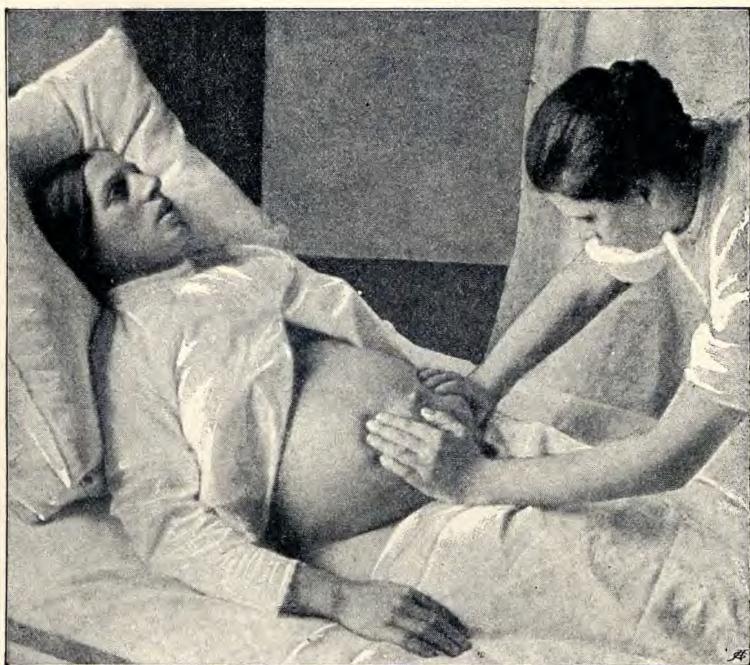


Fig. 30. — Cuarta posición de las manos en la exploración externa

**Examen de la dis-** presentación respecto de la pelvis, se cogerá dicho polo con la **posición del polo** mano colocada encima del pubis, entre el pulgar y los restantes **fetal que se presenta** cuatro dedos, después de lo cual se procurará imprimirle movimientos de lateralidad. Si el polo fetal se deja desviar hacia los lados, será signo de que dicho polo se encuentra por encima del estrecho superior; lo contrario demostrará que dicho polo está fijo en el estrecho superior (fig. 31).

Cuando existe gran cantidad de líquido amniótico resulta dificultada la palpación, lo mismo que cuando las paredes abdominales están sobrecargadas de panículo adiposo.

Como conclusión de la exploración externa debe practicarse una maniobra que debe servir para la evaluación aproximada de

las dimensiones externas de la pelvis (fig. 32). Con este objeto se colocan las muñecas sobre los trocánteres mayores, los pulgares sobre la espina ilíaca anterior, el dedo del medio sobre el punto más externo de la cresta ilíaca, y se examina la proporción aproximada de estas dimensiones entre sí. En una pelvis bien con-

Maniobra para la evaluación aproximada de las dimensiones externas de la pelvis



Fig. 31. — Examen de la disposición del polo fetal de la presentación respecto de la pelvis

formada la distancia entre los pulgares es la menor de estas tres dimensiones, sigue después la distancia entre los dedos del medio y, finalmente, la mayor es la distancia entre las muñecas. Con la práctica puede por este medio descubrirse, hasta cierto punto, una pelvis anormal (§ 187).

Además no debe omitir la matrona la determinación con la cinta métrica del perímetro exterior de la pelvis (§ 24). Si encuentra que este perímetro no llega a 90 centímetros, existe la posibilidad de que se trate de una pelvis estrecha. En el § 182 se tratará con extensión del valor de la medición del perímetro externo de la pelvis para la deducción del grado de estrechez de la misma.

Perímetro exterior de la pelvis

En cuanto empiezan los dolores de parto, ejerce el tronco del feto tal presión sobre la parte posterior de la cabeza, que se produce una flexión, acercándose el mentón a la cara anterior del

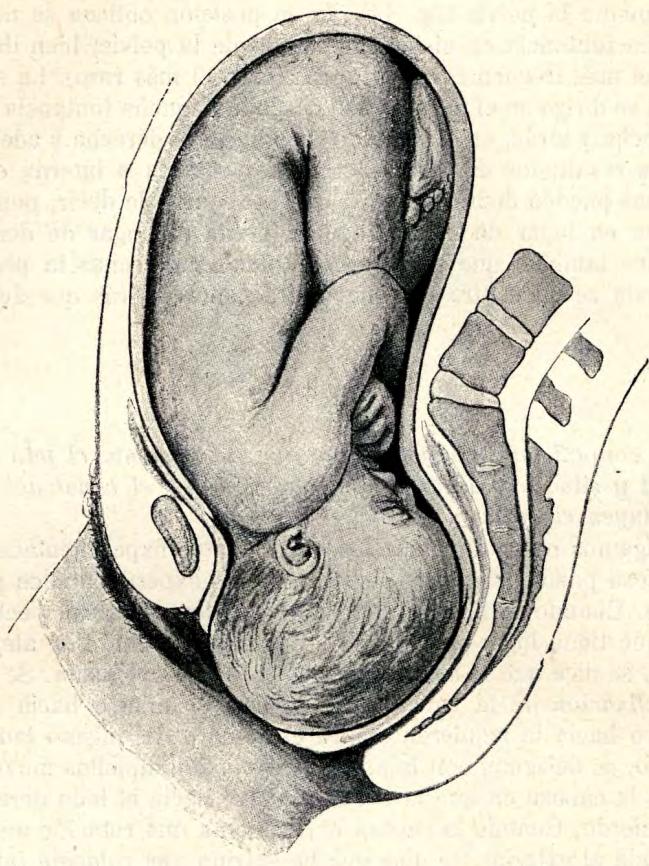


Fig. 45. — Coronamiento de la cabeza en la presentación de vértece.

pecho. Con ello al propio tiempo el occipucio desciende más profundamente.

Cuando en esta forma, por la acción de la fuerza de las contracciones, penetra la cabeza profundamente en la pelvis, es necesario que el diámetro suboccipitobregmático de la cabeza fetal se acomode al diámetro ánteroposterior de la pelvis materna, para lo que tiene lugar una rotación interna de la cabeza que lleva hacia adelante la pequeña fontanela, de modo que en este momento puede

percibirse por el tacto dicha fontanela detrás del pubis, en general algo lateralmente. En las presentaciones de vértice izquierdas la pequeña fontanela debe recorrer el camino desde la izquierda hacia adelante, y en las derechas desde este lado hacia adelante.

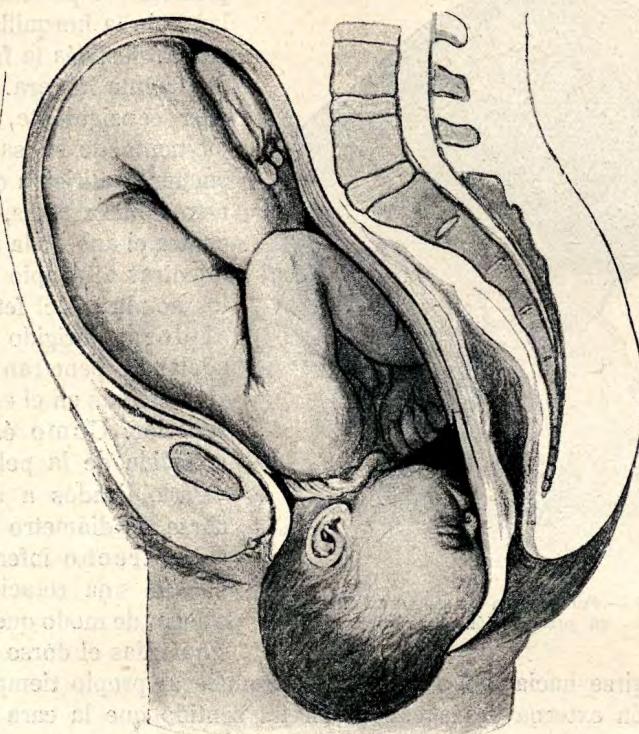


Fig. 46. — Desprendimiento de la cabeza en una presentación de vértice.  
Vuelta de cordón en el cuello.

Cuando, lo mismo en las derechas que en las izquierdas, se halla en situación posterior, necesitará mayor tiempo para realizar dicho recorrido. El trayecto que recorre la pequeña fontanela en la rotación interna corresponde a parte de una vuelta de espiral.

Cuando el parto ha progresado a tal punto que la eminencia occipital aparece por debajo del pubis (fig. 46), la cabeza encuentra, por una parte, una resistencia en el perineo, por otra, un camino abierto en el orificio vulvovaginal. Como sobre un plano inclinado, la cabeza resbala sobre la pared vaginal posterior hacia adelante, hacia el orificio vulvovaginal, lo que sólo es posible

el número de biberones que toma el niño durante el día y se hierve de una vez. Basta sólo después calentar simplemente el biberón que corresponde a cada ración.

La leche hervida en esta forma se llama *leche esterilizada*.

Leche esterilizada

Este aparato consta de las partes siguientes:

1.º Un vaso graduado de un litro y medio de capacidad, provisto de pico.

2.º Diez biberones de una capacidad de 100 a 250 gramos.

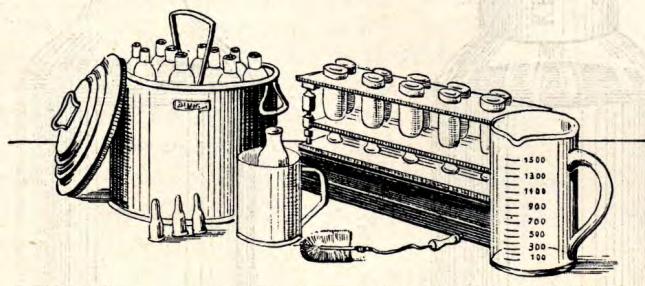


Fig. 55. — Aparato de Soxhlet para la preparación de la leche.

3.º Un recipiente de hoja de lata con tapón y un soporte de pitaipón para colocar los biberones.

4.º Un pote de doble fondo para calentar los biberones con leche.

5.º Una gradilla para biberones provista de un cajoncito en el que se guardan:

Doce discos de goma.

Doce protectores.

Tres pezoneras de goma.

Una escobilla para la limpieza de los biberones.

La cantidad de leche destinada para el consumo de un día se diluye, según las prescripciones anteriores, en el vaso graduado y se añade el azúcar; se agita después la mezcla con una cuchara limpia y se distribuye uniformemente en los biberones que ha de tomar el niño durante el día. El orificio de los biberones se cubre con los discos de goma y se evita que caigan estos últimos durante la cocción colocando los protectores en el cuello de los biberones. Los biberones colocados en el soporte se meten en el recipiente de hoja de lata, en el que se vierte suficiente cantidad de agua para que su nivel sea el mismo que el de la leche contenida en los biberones. El recipiente así dispuesto y cubierto con su tapa se lleva al fuego.

mismo lado hacia el que se hallaba dirigido el mentón en el encajamiento. El resto del parto tiene lugar lo mismo que en la presentación de vértece (§ 96).

La cabeza en la presentación de cara está aplanaada de arriba Forma de la cabeza

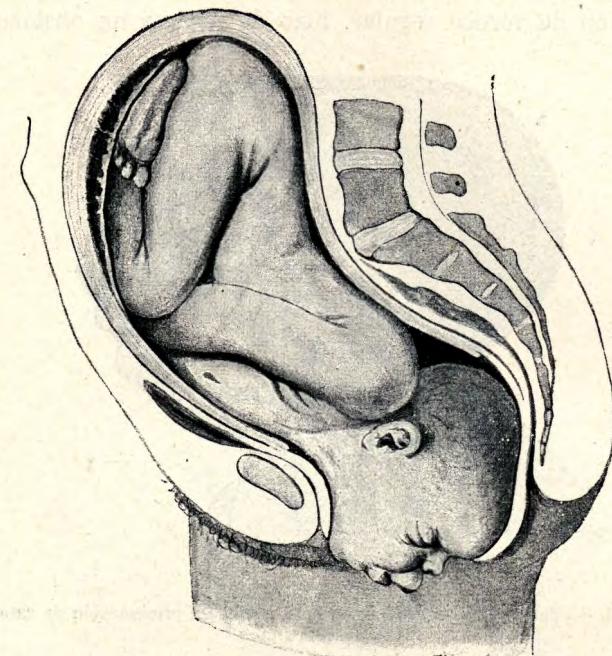


Fig. 71. -- Coronamiento de la cabeza en la presentación de cara.

abajo, mientras el diámetro anteroposterior aparece alargado (figura 72).

La cara presenta una hinchazón edematosas, debido a que es asiento del tumor serosanguíneo; presenta, además, una coloración rojoazulada.

### § 207.

Una de las causas que dan origen a las presentaciones de cara está constituida a menudo por las estrecheces de la pelvis, por lo que la comadrona no deberá descuidar nunca la exploración de las dimensiones de la pelvis. En estos casos el curso del parto es particularmente difícil y la comadrona ha de requerir siempre la presencia del médico.

Complicaciones  
en la presentación  
de cara

También en las presentaciones de cara tiene lugar a menudo la procidencia del cordón, de que trataremos más adelante (§ 278).

Para el niño, el parto en presentación de cara lleva consigo un peligro, cual es el de que, a consecuencia de la completa pérdida de aguas, tan frecuente, el útero se halla más retráido que en la presentación de vértice regular. Esto da lugar a un obstáculo al

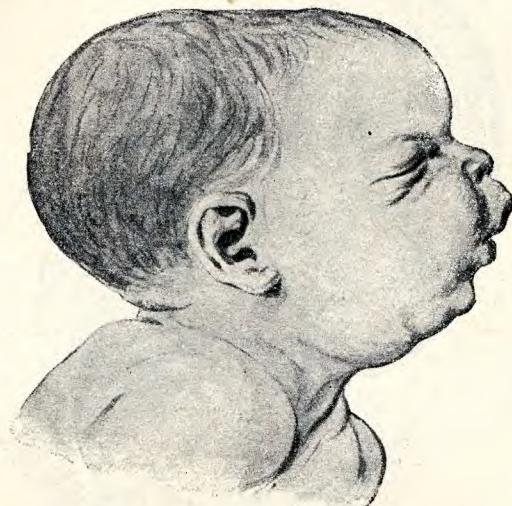


Fig. 72. — Forma de la cabeza en un niño nacido en presentación de cara.

aflujo de sangre por los vasos uterinos y a una presión sobre el cordón umbilical que se encuentra delante del pecho.

Si la cara permanece largo tiempo metida profundamente en la pelvis, puede ejercerse por las paredes de esta última una presión sobre el cuello del feto que dé lugar a graves perturbaciones de la circulación, que en ciertas circunstancias pueden poner en peligro la vida del feto. Por este motivo es de absoluta necesidad vigilar, durante el transcurso del parto, los tonos del feto (§ 287).

### 3. Presentación de frente

#### § 208.

Presentación  
de frente

Se habla de una presentación de frente cuando esta región del feto penetra en la pelvis en primer término y se mantiene en esta situación durante su paso por el canal del parto. En la explora-

ción interna se puede, además de la frente, reconocer a un lado de la misma la gran fontanela; al otro, la raíz de la nariz.

Se distinguen dos variedades de presentación de frente: en la

Clasificación

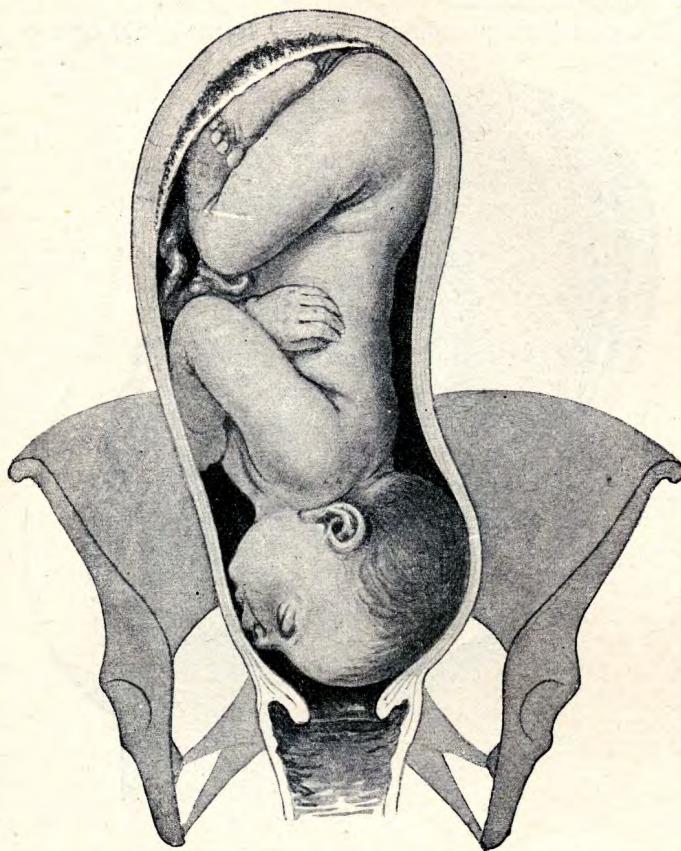


Fig. 73. — Penetración de la cabeza en la presentación de frente.  
Variedad鼻 derecha. (Vista por la cara anterior.)

primera (fig. 73), la gran fontanela se halla a la izquierda, y en la segunda, a la derecha, e inversamente, la nariz se halla en la primera a la derecha y en la segunda a la izquierda. Esta última referencia es la que sirve para la designación de las dos variedades: *naso derecha* y *naso izquierda*.

Cuando la presentación de frente persiste como tal, se distingue el mecanismo del parto

guen en el mecanismo del parto la siguiente sucesión de movimientos:

1. Extensión.
2. Descenso.
3. Rotación interna.
4. Flexión y desprendimiento de la frente y del cráneo.

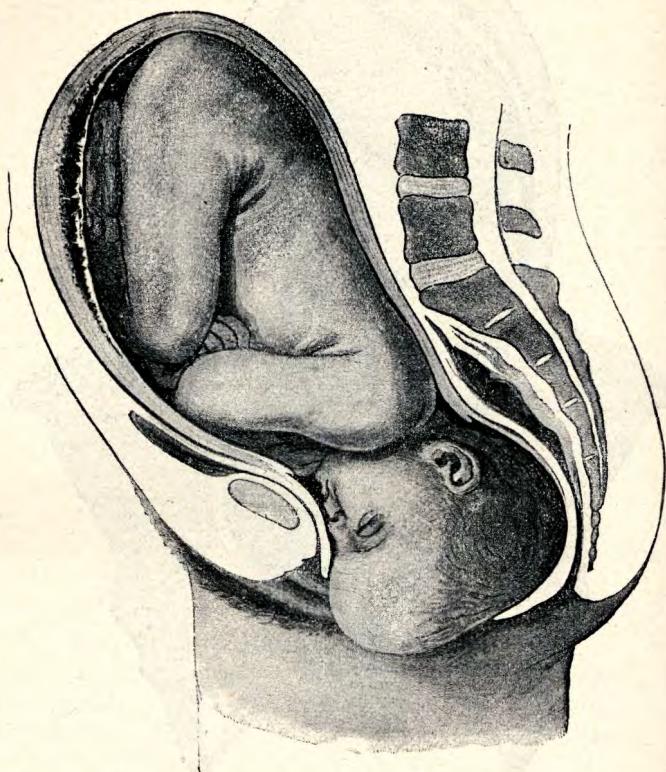


Fig. 74. — Coronamiento de la cabeza en una presentación de frente.

5. Extensión y desprendimiento de la mitad inferior de la cara.
6. Rotación externa.

Con la frente delante desciende la cabeza, situada transversalmente, profundamente en la excavación; después experimenta un movimiento de rotación hacia adelante y llega debajo de la arcada del pubis, aplicándose la raíz de la nariz fuertemente contra la misma (fig. 74). La flexión que ahora sigue permite que la frente primero, después los parietales y por último el occipucio, se des-

licen hacia delante por encima del perineo. Inmediatamente después del desprendimiento del occipucio ejecuta la cabeza una ligera extensión, durante la que la nariz, la boca y la barbilla aparecen rápidamente delante de la sínfisis del pubis. La rotación externa se realiza como en las restantes presentaciones cefálicas;

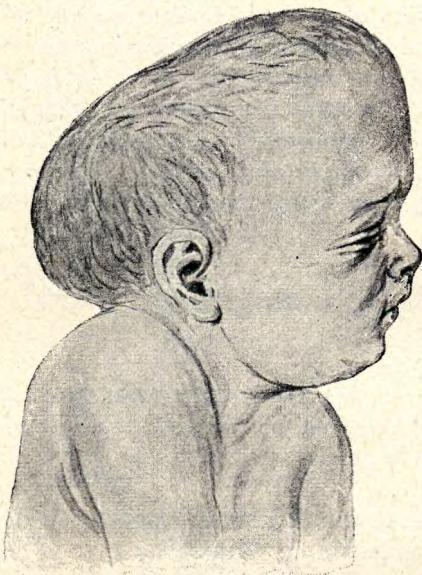


Fig. 75. — Forma de la cabeza de un niño nacido en presentación de frente

por tanto, en las nasoderechas la cara vuelve hacia el muslo derecho de la madre y en las nasoizquierdas hacia el muslo izquierdo.

La cabeza, después del parto, aparece acuminada hacia la forma de la cabeza frente y aplanaada por la región occipital (fig. 75). En la frente se encuentra el chichón serosanguíneo.

El parto en presentación de frente constituye un hecho sumamente raro. Sólo tiene lugar en una pelvis muy espaciosa, con contracciones energicas y con una cabeza fetal que no sea excepcionalmente voluminosa.

Lo que sucede más corrientemente es que la cabeza que ha penetrado en la pelvis ofreciendo su perímetro mayor (el que corresponde a su mayor diámetro anteroposterior), se mantiene así largo tiempo y no prosigue avanzando hasta que la presentación de frente se ha transformado en una presentación de cara o de vértece, con lo que el desprendimiento tiene lugar según el mecanismo corres-

4. La posibilidad de separar una de otra dos grandes partes fetales.

No existe duda alguna de la existencia de un embarazo gemelar cuando después del parto de un feto el útero queda despropor-

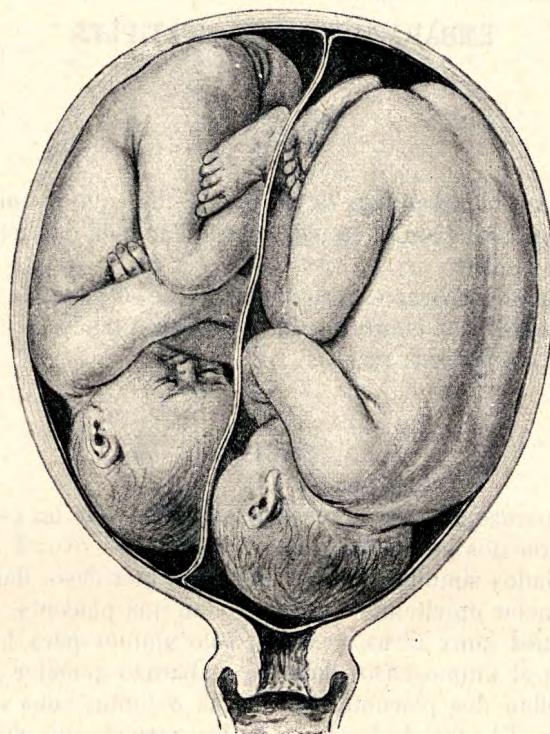


Fig. 87. — Embarazo gemelar: ambos gemelos en presentación cefálica.

cionalmente voluminoso y pueden comprobarse todavía signos ciertos de la existencia de un embarazo.

La situación de los fetos puede ser distinta. O bien ambos gemelos se presentan longitudinalmente y los dos en presentación cefálica (fig. 87) o en presentación pelviana, o bien puede el uno hallarse en presentación cefálica y el otro en presentación podálica (fig. 88), o bien, por último, puede hallarse el primero en situación longitudinal y el otro en situación transversal. A menudo la situación transversal del segundo feto no se constituye hasta después de la salida del primero. Muy raras veces se encuentra el primer feto en situación transversal.

Como en los partos de los gemelos se presentan con facilidad perturbaciones, que requieren la intervención de un médico, nunca debe la comadrona omitir el requerimiento de la presencia del médico en estas circunstancias.

Conducta de la comadrona en los partos gemelares

Por lo demás, el parto debe conducirse, por lo que respecta al

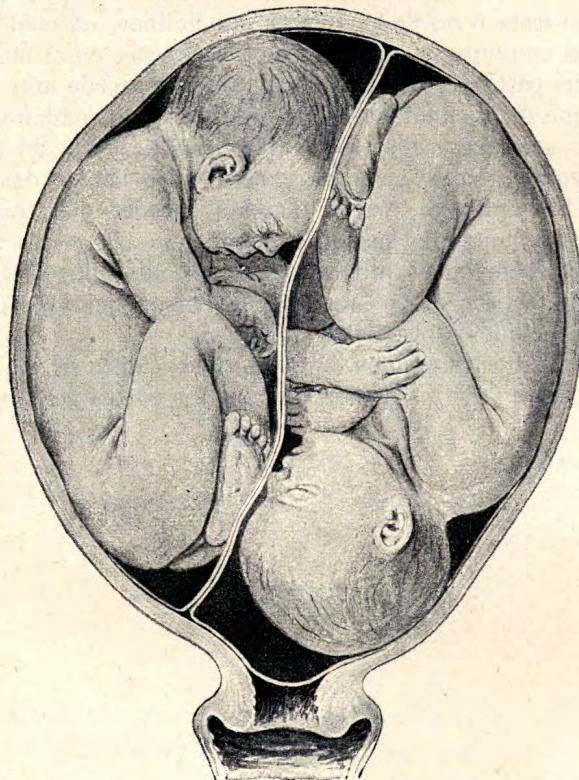


Fig. 88. — Embarazo gemelar; primer feto, en presentación cefálica, segundo en presentación pélvica.

parto de cada uno de los fetos, según las normas estudiadas hasta ahora.

De una manera especial ha de tener en cuenta la comadrona que después del parto del primer gemelo el cordón que sale por la vagina debe ligarse con sumo cuidado, pues de lo contrario podría desangrarse el segundo feto que se halla todavía en el útero, cuando los dos fetos tienen una misma placenta. Además, la comadrona, inmediatamente después del parto del primer feto, anu-

