

OBSTETRICIA PRÁCTICA

OBSTETRICIA PRÁCTICA

POR EL

PROF. DR. MED. DR. PHIL.

W. PSCHYREMBEL

Médico Director de la Clínica Tocoginecológica y de la Escuela para Matronas
del Hospital Municipal de Berlín-Friedrichshain

TRADUCCIÓN ESPAÑOLA DE LA SEXTA EDICIÓN ALEMANA

POR EL

Dr. LESMES ZABAL CERVERA

Con 460 ilustraciones



EDITORIAL LABOR, S. A.

BARCELONA - MADRID - BUENOS AIRES - RIO DE JANEIRO
MÉXICO - MONTEVIDEO

1958

Título de la obra original:

W. PSCHYREMBEL, PRAKTISCHE GEBURTSHILFE
FÜR STUDIERENDE UND AERZTE

Editada por

© WALTER DE GRUYTER & CO., BERLIN

DEPÓSITO LEGAL. B. 4038.—1958

ES PROPIEDAD

PRINTED IN SPAIN

TALLERES GRÁFICOS IBERO-AMERICANOS, S. A. : PROVENZA, 86. BARCELONA

« La peor indicación y la más falsa para terminar artificialmente un parto, es la incapacidad del tocólogo para saber esperar ».

WALTER STOECKEL

*

« Los mejores colaboradores del tocólogo son la paciencia y el tiempo ».

GUILLAUME MAUQUEST DE LA MOTTE (1655-1737)

*

« Usted ha de luchar contra sí mismo ».

ADOLPHE PINARD (1844-1934)

*

« Se ha de saber mucha Obstetricia, para obrar poco ».

(Pág. 1)

*

« Cuando la cosa marcha por sí sola, es cuando va mejor ».

(Pág. 101)

Prólogo a la sexta edición

En casi todas las partes de la sexta edición se han hecho variaciones. Las más importantes son las siguientes: los capítulos Asfixia, Aborto inminente, y Aborto habitual se han redactado totalmente de nuevo, y los de Presentación transversal, Mola vesiculosa, Corioepitelioma y Desprendimiento prematuro de la placenta se han escrito en gran parte de nuevo.

En la Asfixia (pág. 178) se ha puesto el método de respiración artificial a sobrepresión en primer plano del tratamiento (pág. 177) y se ha llamado insistentemente la atención sobre los riesgos que corre el feto cuando se le somete a sacudidas para estimular la respiración.

A base de los modernos conocimientos (Primolut N, adrenalina, hormona folicular), se ha perfeccionado el tratamiento del Aborto inminente (pág. 458). Se ha redactado totalmente de nuevo el capítulo del Aborto habitual y, sobre todo, lo referente a los abortos habituales originados por divergencias en los grupos sanguíneos (factor Rh, sistema ABO, antígeno de Becker, anticuerpos sesiles y otras circunstancias, pág. 461); asimismo se ha redactado con mayor amplitud el capítulo sobre Tetania (pág. 461) y comentado extensamente la terapéutica de estos trastornos.

Al tratar de las presentaciones transversales, se ha insistido aún más que en ediciones anteriores sobre la necesidad de diagnosticar pronto la presentación transversal y de hacer ingresar sin pérdida de tiempo la paciente en la clínica (a ser posible con la bolsa de las aguas aún íntegra). Véase las páginas 367, 368 y 369. Es todavía poco sabido que los fetos en presentación transversal, con la bolsa de las aguas todavía entera, corren un grave peligro (pág. 365). Se ha dado un mayor relieve que antes a las indicaciones de la cesárea, en caso de presentación transversal, siguiendo las orientaciones de DÖDERLEIN (páginas 374, 390).

Se ha intercalado la corioepiteliosis, concepto importante desde el punto de vista práctico, entre los capítulos de Mola vesiculosa y Corioepitelioma (págs. 470, 475); se llama la atención de manera especial sobre la conveniencia de sopesar minuciosamente la indicación de extirpar el útero, sobre todo, en mujeres jóvenes, aun en presencia de «metástasis» coriales (pág. 476). En la página 468 se ha comentado la posibilidad o la probabilidad de que la mola vesiculosa tuviere por factor etiológico una infección (toxoplasmosis).

A las indicaciones (relativas) de cesárea en las presentaciones de nalgas (pág. 319) se ha agregado el parto de feto muerto anteriormente. Mientras se ha impreso esta obra, hemos llegado a la conclusión de que, para ciertos casos, sería conveniente agregar al cuadro de indicaciones a la cesárea la de desequilibrio o desproporción entre los factores sanguíneos.

En el capítulo relativo a una duración exagerada del embarazo se han hecho resaltar los signos de alarma recomendados por RUNGE y DOLFF (pág. 193). Mientras no tengamos signos aún más seguros de duración exagerada del embarazo, los de Runge y Dolff proporcionan una cierta probabilidad de que se ha rebasado la duración normal del embarazo y de que el feto corre peligro. En el tratamiento operatorio de la duración exagerada del embarazo, o bien en la provocación del parto (pág. 194), hemos descrito e ilustrado la « rotura alta de la bolsa », recomendada por DREW-SMYTHE, muy difundida por BURGER en Alemania y empleada con frecuencia en nuestra clínica (pág. 197).

En dos breves capítulos nuevos, se ha descrito la histeriosis y la toxoplasmosis, trastornos importantes en relación con la Obstetricia (página 466).

Para los médicos que se inician en la Obstetricia, se ha esquematizado aún más que en ediciones anteriores el tratamiento de la placenta previa (pág. 504). En esto, así como en el tratamiento de la prociencia de brazo en las presentaciones cefálicas (pág. 444) y en el del desprendimiento prematuro de la placenta (pág. 511), se han seguido los conocidos esquemas de KRAATZ. Se ha comentado (página 506) la cuestión, modernamente muy discutida, de si la hipofibrinogenemia es una de las causas posibles del desprendimiento prematuro de la placenta, y se ha resaltado (pág. 507) la necesidad de proceder a determinar reiteradamente la capacidad de coagulación de la sangre (bastan pruebas muy sencillas). Para tratar estos trastornos, que se presentan prácticamente con relativa frecuencia, se ha recomendado al médico general que, a la menor sospecha de un trastorno de la coagulación, se inyecte a la paciente, antes de trasladarla a la clínica, sulfato de protamina (pág. 513). La administración de fibrinógeno humano (Human-Fibrinogen), que preparan modernamente los establecimientos Behring, queda reservada a la clínica (página 513).

Fundados en observaciones propias, recomendamos un método especialmente sencillo, el parto por medio de valvas, para liberar operativamente al segundo gemelo en presentación longitudinal (página 423).

Al comentar la importancia de los factores sanguíneos (pág. 68), se ha mencionado la posibilidad de la punción de líquido amniótico, procedimiento que ha dado excelente resultado en la práctica (determinación prenatal de los grupos sanguíneos y manera de sentar pronóstico) (pág. 70).

Hemos sustituido algunas ilustraciones por otras nuevas.

Nuestro agradecimiento a los Doctores HOFFBAUER y BOSSE por la penosa labor de leer las pruebas tipográficas y por habernos dado numerosos consejos.

W. Pschyrembel

ÍNDICE DE MATERIAS

	<u>Págs.</u>
Reglas fundamentales para la exploración de las embarazadas y parturientas.	1
Diagnóstico y exploración durante el primer periodo del embarazo (meses primero a cuarto)	3
DIAGNÓSTICO DEL PRIMER PERÍODO DEL EMBARAZO	3
I. Los cuatro signos vaginales (pág. 3). II. Signos uterinos (pág. 4). A. Signos del cuerpo uterino (pág. 4). B. Signos del segmento inferior del útero y del cuello uterino (pág. 9).	
EXPLORACIÓN EN EL PRIMER PERÍODO DEL EMBARAZO	13
Anamnesis (pág. 14). A. Nombre, edad, paridad (pág. 14). B. Antecedentes tocológicos (pág. 14). C. Datos acerca del embarazo (página 15). D. Antecedentes patológicos (pág. 20).	
<i>Exploración global de la embarazada</i>	20
<i>Exploración tocológica</i>	22
I. <i>Exploración externa de la pelvis</i>	22
Maniobras de Baumm (pág. 22). Maniobra por separación de los dedos (pág. 24). Pelvimetría (pág. 25).	
II. <i>Exploración vaginal</i>	28
1. Exploración de la entrada de la vagina, vulva y periné (pág. 28). 2. Exploración con el espéculo (pág. 29). 3. Tacto vaginal (pág. 29). 4. Exploración bimanual (pág. 29).	
<i>Reacciones biológicas del embarazo</i>	30
<i>Medida de la temperatura basal</i>	30
<i>Retroflexión del útero grávido</i>	31
<i>Palpación de la pelvis (pág. 35). Determinación del diámetro conjugado verdadero (pág. 37). Determinación del ángulo púbico (página 38).</i>	
Diagnóstico y exploración del embarazo entre los meses quinto y décimo	40
EXPLORACIÓN GENERAL	41
Exploración del abdomen (pág. 41). Estrías gravídicas (pág. 42). Pigmentaciones del embarazo (pág. 43). Hipertrocosis gravídica (página 43). Edemas y varices (pág. 43).	
I. <i>Exploración externa</i>	43
1. <i>Palpación</i>	43
Situación del fondo uterino en los distintos meses del embarazo (página 44). Descenso del fondo uterino (pág. 45). Diferenciación entre el octavo y décimo meses de embarazo (pág. 45). Maniobras de Leopold (pág. 49). Medios auxiliares de la palpación (página 53). Conceptos fundamentales: situación, posición, actitud y presentación (pág. 55).	
2. <i>Auscultación de los tonos del corazón fetal</i>	60
Seis tonos diferentes al auscultar el abdomen (pág. 60). Regla fundamental para la vigilancia de los tonos cardíacos (pág. 61).	
4. <i>Pelvimetría externa</i>	63
3. <i>Medida del perímetro abdominal</i>	63
5. <i>Exploración roentgenológica</i>	64
	IX

	<u>Págs.</u>
II. <i>Exploración interna</i>	64
III. <i>Examen de la orina, presión arterial y peso</i>	65
<i>Exploración de los factores sanguíneos</i>	68
Resumen de los signos del embarazo.....	70
Diferenciación entre primíparas y multíparas.....	71
Factores que intervienen en el parto	72
1. <i>Objeto del parto = el feto</i>	72
Diámetros longitudinales, planos y perímetros cefálicos (pág. 73).	
Diámetros transversales cefálicos (pág. 74). Signos cefálicos en	
las exploraciones externa e interna (pág. 74). Diferenciación de	
las fontanelas mayor y menor (pág. 75). Medidas importantes del	
tronco fetal (pág. 76).	
2. <i>Conducto del parto</i>	77
1. Conducto óseo.....	77
Espacio del estrecho superior (pág. 77). Denominaciones toco-	
lógicas de dirección (pág. 78). Cavidad pélvica (pág. 80). Sistema	
clásico de planos (pág. 80). Estrecho inferior (pág. 81). Sistema de	
planos paralelos, según Hodge (pág. 82).	
2. Conducto blando del parto.....	83
a) Tubo interno (pág. 83). b) Tubo externo (pág. 84).	
3. <i>Fuerzas del parto (fuerzas expulsivas o contracciones)</i>	86
Propiedades de las contracciones (pág. 87). Tipos de las contracciones	
(página 87). ¿Cómo se producen las contracciones? (pág. 88).	
Signos prodrómicos del parto	91
Signos de parto inmediato	93
Comienzo del parto	93
Preparación de la embarazada para el parto	95
Exploración de la parturienta	96
Anamnesis junto a la cama de la parturienta.....	96
Exploración de la parturienta.....	98
Los cuatro factores más importantes del parto: feto, pelvis, contrac-	
ciones uterinas y dilatación del orificio uterino (pág. 99). Explora-	
ción global y exploración tocológica (pág. 99). Exploración rectal	
(página 101). Exploración vaginal (pág. 103). Indicaciones de la ex-	
ploración vaginal durante el parto (pág. 103). ¿Cuándo debe evitar	
el médico general la exploración vaginal? (pág. 105). Esquema para	
efectuar la exploración rectal (vaginal) (pág. 106).	
Actitud de la cabeza durante su paso por el conducto del parto	109
I. Entrada en el estrecho superior (mecanismo de entrada).....	109
II. Paso a través de la cavidad pélvica (mecanismo de paso).....	109
III. Mecanismo de salida del conducto del parto.....	111
IV. Rotación externa de la cabeza.....	111
Rotación de la sutura sagital.....	112
Diagnóstico del nivel de la cabeza fetal	118
A. Comprobación de la altura por medio de la exploración EXTERNA.....	118
Sinopsis de las MANIOBRAS EXTERNAS para determinar la altura de	
la cabeza fetal.....	119
B. Comprobación de la altura de la cabeza fetal mediante exploración	
INTERNA (rectal y vaginal).....	123
Asistencia al parto	127
1. ASISTENCIA durante el periodo de dilatación.....	127
Signos y efecto de las contracciones dilatantes (pág. 127). Posición	
de la parturienta (pág. 129). Regla general sobre la posición de la	
parturienta (pág. 130). Rotura de la bolsa de las aguas (pág. 130).	
Analgesia en el periodo de dilatación (pág. 134). Hipoalgesia por	
inhalación con tricloretilo (pág. 135).	

	<u>Págs.</u>
2. ASISTENCIA durante el periodo expulsivo	135
Contracciones expulsivas	135
Condiciones previas importantes para la ayuda con la prensa abdominal (pág. 136). Posición adecuada (pág. 137). Preparación adecuada para contraer la prensa abdominal (pág. 137). Aprovechamiento adecuado de las contracciones de la prensa abdominal (página 138). Tumor serosanguíneo (caput succedaneum) (pág. 139). Céfalohematoma (pág. 142).	
Protección del periné	143
Dos maniobras para acelerar el paso de la cabeza fetal	146
1. Maniobra de Ritgen = maniobra de periné posterior	146
2. Maniobra de Kristeller	146
Salida de los hombros	148
Salida del tronco	149
Salida de las caderas y de las extremidades inferiores	149
Analgésia durante el periodo expulsivo	149
Signos de madurez fetal	150
Fetos inmaduros y prematuros	150
3. ASISTENCIA durante el alumbramiento	152
Desprendimiento y expulsión de la placenta (pág. 152). Modalidades del desprendimiento placentario: modalidad de B. S. S. Schultze, modalidad de Duncan (pág. 153). ¿Qué debe hacer el médico durante el alumbramiento? (pág. 153). 1. Observar el estado general de la madre (pág. 154). 2. Observar la hemorragia fisiológica del alumbramiento (pág. 155). 3. Observar el útero (pág. 155). 4. Comprobar la altura del fondo uterino (pág. 156).	
<i>Signos del desprendimiento placentario</i>	157
A. Signo uterino, de C. Schroeder (pág. 157). B. Signos del cordón umbilical (pág. 157). C. Signo placentario (peso sobre el ano) (pág. 158). Maniobra de Credé (pág. 159). ¿Qué no ha de hacer el médico durante el alumbramiento? (pág. 162).	
<i>Resumen de la asistencia durante el alumbramiento</i>	164
Comprobación de la integridad de la placenta (pág. 166). 1. Examen de las membranas (pág. 166). 2. Examen de la cara fetal (amniótica) de la placenta (pág. 167). 3. Examen de la cara materna (decidual) de la placenta (pág. 168).	
Duración del parto	169
Malos tonos cardíacos	171
Asfisia del recién nacido	173
División de la asfisia según FLAGG. Asfisia de primer hasta de tercer grado (pág. 173). Causas (pág. 174). Tratamiento (pág. 174). 1. Las vías respiratorias han de estar libres de obstáculos (pág. 175). Técnica para introducir la sonda en la tráquea: a) La introducción a ciegas (pág. 176). b) La introducción mediante el laringoscopio (página 177). 2. Respiración forzada, con sobrepresión (pág. 177). Respiración forzada, boca a boca (pág. 179). Tratamiento medicamentoso (pág. 180).	
Inercia uterina	180
<i>Inercia uterina primaria</i>	181
<i>Inercia uterina secundaria</i>	181
<i>Tratamiento de la inercia uterina</i>	183
División de los oxitócicos (pág. 184). 1. Medicamentos sensibilizantes del útero (pág. 184). 2. a) Medicamentos para obtener contracciones uterinas en los periodos dilatante y expulsivo (pág. 185). <i>Principios fundamentales para la prescripción de oxitócicos</i> (pág. 186). Atascamiento del parto (pág. 188). 2. b) Tónicos uterinos (pág. 189). 3. Espasmolíticos (pág. 190). 4. Medicamentos para combatir el agotamiento (pág. 190).	

	<u>Págs.</u>
Embarazo prolongado	192
Signos de alarma en caso de embarazo prolongado	193
Iniciación y aceleración del parto	194
I. Indicaciones que justifican la iniciación del parto (pág. 194).	
II. Indicaciones para acelerar el parto (pág. 195). Iniciación y aceleración del parto con medicamentos (pág. 195). Iniciación y aceleración quirúrgica del parto (pág. 198). Técnica de la rotura artificial de la bolsa (pág. 196). 1. Rotura de la bolsa por vía vaginal (página 196). Método de Drew-Smythe (pág. 197). 2. Rotura de la bolsa por vía rectovaginal (pág. 198).	
Detención del parto en el suelo de la pelvis	199
Indicaciones del parto operatorio	201
Grupo primero de indicaciones: <i>peligros para la madre</i>	203
Grupo segundo de indicaciones: <i>peligros para el feto</i>	207
Preparativos para las operaciones tocológicas	206
El operador	206
La parturienta	207
Episiotomía	210
Sutura de la herida por la episiotomía	213
Desgarros del periné = desgarros perineovaginales	216
Sutura del desgarro perineal de primer grado (pág. 218). Sutura del desgarro perineal de tercer grado (pág. 219). Tratamiento consecutivo de los desgarros perineales (pág. 221).	
Desgarros del clitoris y de los labios	222
Aplicación de fórceps I	222
Condiciones previas para la aplicación de fórceps (pág. 223). Reglas fundamentales para la aplicación de fórceps (pág. 226). Dificultades para la articulación del fórceps (pág. 231).	
Aplicación de fórceps II (Fórceps con cabeza en posición oblicua)	236
Peligros y pronóstico de la aplicación del fórceps	239
Actitudes y situación anómalas de la cabeza	244
1. Situación transversal profunda de la cabeza	244
2. Situación alta ántero-posterior de la cabeza	251
3. Presentación occipital posterior	255
4. Presentaciones en deflexión (presentaciones en extensión)	268
Primera presentación en deflexión. Presentación de sínclupcio....	270
Segunda presentación en deflexión. Presentación de frente.....	279
Tercera presentación en deflexión. Presentación de cara.....	283
Sinopsis de las presentaciones cefálicas normales y anormales	294
Presentación de extremidad pélvica	296
Exploración externa (pág. 298). Exploración interna (pág. 299). Diagnóstico diferencial (pág. 301). Necesidad de la exploración vaginal en las presentaciones de extremidad pélvica (pág. 302). Mecanismo del parto en la presentación de nalgas (pág. 303). Peligros de la presentación de extremidad pélvica (pág. 313). Asistencia al parto en la presentación de extremidad pélvica (pág. 316). A. Método de elección: tratamiento conservador (pág. 316). B. Parto, mediante cesárea, en la presentación de extremidad pélvica (pág. 318). C. Descenso profiláctico de un pie (pág. 320).	

	<u>Págs.</u>
Semiextracción (ayuda manual)	320
Generalidades (pág. 320). Primer método. Liberación clásica de los brazos y maniobra de Veit-Smellie para la extracción de la cabeza (página 322). Segundo método. Liberación de los brazos según A. Mueller, seguida de la maniobra de Veit-Smellie para la extracción de la cabeza (pág. 329). Tercer método. Liberación de los brazos y extracción de la cabeza según BRACHT (pág. 331). Aplicación de los distintos métodos (pág. 333). Aplicación de fórceps en la cabeza última (pág. 334).	
Extracción completa (extracción manual)	335
Condiciones previas (pág. 335). Primer caso. Presentación de pies incompleta, con prociencia del pie anterior (pág. 336). Segundo caso. Presentación de pies incompleta, con prociencia del pie posterior (pág. 341). Tercer caso. Presentación de pies completa (página 342). Cuarto caso. Presentación de nalgas y pies (pág. 342). Quinto caso. Presentación de rodillas (pág. 343). Sexto caso. Presentación genuina de nalgas (pág. 343). Hacer descender el pie anterior (pág. 343). Dificultades para el descenso de un pie: maniobra de Pinard (pág. 345).	
<i>Medios auxiliares para la extracción inmediata por las nalgas</i>	349
<i>Resumen de las reglas para realizar la extracción completa en la presentación de nalgas pura</i>	350
<i>Técnica en los casos de muerte fetal segura</i>	350
<i>Dificultades en la extracción completa</i>	351
A. Dificultades en la liberación de los brazos (pág. 351). B. Dificultades en la extracción de la cabeza (pág. 355). Maniobra de Veit-Smellie, al revés (pág. 355). Maniobra de Wiegand-Martin-Von Winkel (pág. 356). Maniobra de Praga, invertida (pág. 358). Fórceps en la cabeza última (pág. 359).	
Episiotomía profunda = Incisión vaginoperineal y del suelo pélvico = Incisión de Dührssen-Schuchardt	360
Presentación transversal	362
División, frecuencia, etiología (pág. 362). Pronóstico, mortalidad (página 363). Curso del parto en presentación transversal, tres fases (página 365). Fase primera = bolsa de las aguas intacta (pág. 365). Fase segunda = fase peligrosa. Comienza en el momento de la rotura de la bolsa (pág. 372). Modo de actuar en el prolapso del brazo (página 381). Modo de actuar en el prolapso del cordón umbilical (página 383). Fase tercera = fase catastrófica, o fase de S. O. S. (página 384). Indicaciones para la cesárea en presentación transversal (página 390).	
Metreorisis	390
Versión (Sinopsis)	393
Versión externa en la presentación transversal	394
Versión interna o combinada en la presentación transversal	397
Condiciones previas (pág. 397). Momento para efectuar la versión (página 399). Modo de efectuar la versión (pág. 399). Elección de la mano interna (pág. 401). Diferencias entre la mano y el pie (página 405). Pausa entre la versión y la extracción (pág. 407). La versión no es posible. ¿Qué hacemos? (pág. 407). Doble maniobra de J. Siegmundin (pág. 408).	
Operaciones de fragmentación, I. Decapitación y embriotomía	410
Gemelos	415
Frecuencia, Diagnóstico (pág. 415). Embarazo, curso del parto (página 418). Complicaciones (pág. 419). Asistencia al parto (página 418).	

	<u>Págs.</u>
gina 420). Nacimiento del primer gemelo (pág. 420). Nacimiento del segundo gemelo (pág. 421). ¿Qué debe hacerse después de la expulsión del primer gemelo? (pág. 421). Alumbramiento (pág. 424).	
Gemelos univitelinos o bivitelinós.....	424
Procedencia del cordón umbilical	426
Prolapso del cordón umbilical	427
Conducta que se ha de seguir en las diferentes presentaciones ..	431
Hidramnios	436
Síntomas principales (pág. 437). Diagnóstico diferencial (pág. 439). Tratamiento (pág. 440).	
Procedencia y prolapso de un brazo	441
Hemorragias patológicas durante el embarazo y el parto (Resumen)	447
Aborto	448
Causas maternas (pág. 448). Causas ovulares (pág. 450). Causas paternas (pág. 459). Mecanismo y curso del aborto (pág. 451). Clínica del aborto (pág. 454). Aborto completo (pág. 454). Aborto incompleto (pág. 455). Aborto incipiente (pág. 456). Aborto inminente (pág. 457). Aborto habitual (pág. 460). Missed abortion (página 461). Aborto febril (pág. 462). Aborto séptico (pág. 463). Reglas para efectuar el legrado (pág. 463).	
Listeriosis	466
Toxoplasmosis	466
Mola vesiculosa (mola hidatídica)	467
Carioepitelioma	474
Embarazo extrauterino	477
Diagnóstico del embarazo tubárico intacto (pág. 480). Diagnóstico de la rotura tubárica (pág. 482). Tipos de hemorragia (pág. 483). Diagnóstico del aborto tubárico (pág. 485).	
Placenta previa	489
Frecuencia (pág. 490). Síntomas clínicos (pág. 490). Diagnóstico diferencial (pág. 491). División habitual de la placenta previa en grados (pág. 493). Tratamiento (pág. 494).	
Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada	506
Frecuencia y causas (pág. 507). Síntomas típicos de un caso grave (página 509). Tratamiento (pág. 511).	
Versión interna o combinada en la presentación cefálica	516
Versión con dos dedos, según Braxton Hicks	521
Hemorragia de alumbramiento	523
Hemorragia atónica (pág. 523). Hemorragia por desgarro (página 523). Causas de la atonía (pág. 525). Hemorragia atónica antes de la expulsión de la placenta (pág. 526). Dificultades en el desprendimiento manual de la placenta (pág. 531). Hemorragia atónica después de la expulsión de la placenta (pág. 532).	
Desgarro del cuello uterino	544
Desgarro vaginal	552
Inserción velamentosa	552

	<u>Págs.</u>
Estrechez pélvica	555
Diagnóstico anatómico (pág. 557). Diagnóstico funcional (pág. 558). Formas más importantes de pelvis estrecha (pág. 562). Pronóstico del parto en las pelvis estrechas (pág. 576). Complicaciones (pá- gina 579). Lesiones (pág. 581). Asistencia al parto (pág. 584). Tra- tamiento quirúrgico (pág. 595).	
Hidrocefalo	602
Rotura uterina	610
División (pág. 610). Rotura uterina por hiperdistensión (pág. 613). Amenaza de rotura uterina (pág. 603). Rotura uterina consumada (página 617).	
Operaciones de fragmentación, II. Perforación y craneotraxia	621
Eclampsismo y eclampsia	631
Origen (pág. 633). Ataque eclámpico (pág. 637). Terapéutica del eclampsismo (pág. 639). Edemas (pág. 639). Hipertensión y nefro- patía (pág. 640). Terapéutica de la eclampsia (pág. 640). Tres tipos de tratamiento en la eclampsia (pág. 641). Terapéutica conser- vadora de la eclampsia (pág. 644). Fenotiacinas (pág. 645). Deri- vados de la ftalacina (pág. 645). Preparados de veratrum (pág. 646). Bloqueadores ganglionares (pág. 646). Éster de la colina (pág. 646). Dieta (pág. 648). Medios deshidratantes (pág. 650). Complicaciones de la eclampsia (pág. 651).	
Apéndice: Parto por medio de valvas	652
ÍNDICE ALFABÉTICO	657

Reglas fundamentales para la exploración de las embarazadas y parturientas

La exploración no debe ser nunca dolorosa :

**¡El que hace daño, explora mal!
(Qui fait mal, touche mal!)**

ADOLPHE PINARD

La exploración debe realizarse siempre de la forma más suave y prudente. Esto puede aplicarse tanto a la exploración externa como a la interna. Al introducir los dedos en el recto o en la vagina, conviene recomendar siempre a la embarazada que haga presión hacia fuera, como para defecar. No se debe explorar nunca rápidamente ni a intervalos, sino **con lentitud, circunspección y tranquilidad**. En cada exploración se ha de emplear el tiempo necesario. **¡Jamás se debe hacer un diagnóstico precipitado!**

Cuando se trate de aclarar un problema obstétrico no se emitirá nunca un diagnóstico ni se sentará una indicación sin agotar antes todas las posibilidades de exploración. En Obstetricia, la mayor parte de los fracasos son debidos a intervenciones prematuras, a que éstas no están indicadas, o a errores diagnósticos. La intervención prematura revela falta de experiencia ; el error diagnóstico es el resultado de una exploración insuficiente o realizada por personal poco experto.

Sin embargo, hay otros motivos que nos inducen a sentar diagnósticos falsos, como, por ejemplo, la falta de reflexión, lo cual es frecuente, sobre todo, entre los tocólogos jóvenes, cuya inexperiencia ofrece un franco contraste con su deseo de aparecer tranquilos y seguros. **La ligereza es el peor defecto que puede tener un tocólogo.**

En la exploración no hay que dejarse influir por nadie (colegas o comadronas). Sólo los resultados del propio examen deben ser los que determinen nuestra decisión. **Describiremos con veracidad y con la mayor exactitud posible todo lo que hayamos visto y notado.** Sin embargo, esto es lo más difícil que puede exigirse a un tocólogo joven. Lo mismo podemos decir cuando se halla ante una embarazada o parturienta y lleva ya un diagnóstico preconcebido.

**Se ha de saber mucha Obstetricia,
para obrar poco**

Lo primero significa que cuando un tocólogo se acerca a la cama de una parturienta debe tener conocimientos suficientes y bastante expe-

riencia para pensar y obrar de un modo independiente ; lo segundo, que debe haber aprendido y practicado el arte de saber esperar, o sea, de llevar la dirección de un parto manteniéndose a la expectativa. A este arte nos referiremos con bastante frecuencia en lo sucesivo.

La experiencia tocológica debe ser la codiciada meta de todo buen tocólogo. Sólo la alcanza aquel que de un modo incansable y abnegado explora y observa críticamente.

Antes de presentar una embarazada o parturienta a un colega hay que reflexionar detenidamente lo que se quiere decir. El tocólogo experimentado debe sopesar cada una de sus palabras antes de dar su opinión, y demostrará tener buena disciplina obstétrica si después de una correcta anamnesis y exploración presenta sus resultados en un orden razonado. Hay que empezar siempre con el nombre, edad e indicación del número de partos (por ejemplo, Sra. Müller, 23 años, primípara), siguiendo luego de acuerdo con las normas que más adelante daremos. Antes de explorar a una embarazada hay que lavarse siempre meticulosamente las manos y los antebrazos con agua y jabón.

No nos precipitemos nunca en introducir los dedos enguantados en el recto o en la vagina, ni siquiera en los casos urgentes. En primer lugar se lleva a cabo la **inspección y exploración externa**, que en muchos casos nos dará suficientes datos. Por urgente que sea una situación obstétrica, siempre debe haber tiempo para hacer un ligero interrogatorio y efectuar las maniobras externas más importantes. **La exploración interna no debe hacerse al principio, sino al final.** Pero, sobre todo, en cada caso procuraremos

¡tener tranquilidad e irradiarla!

En la exploración y consulta de las embarazadas, lo más importante es el **reconocimiento regular**, y a intervalos determinados, **durante toda la gestación**. Si se cumpliera siempre esta sencilla regla con plena conciencia de nuestra responsabilidad, se disminuiría en gran manera la frecuencia de infecciones, eclampsias y estrecheces pélvicas tratadas fuera de la clínica. En la nuestra suelen reconocerse las embarazadas de acuerdo con el siguiente esquema :

Exploración y consulta de embarazadas :

En los primeros siete meses : una vez por mes
Del octavo al décimo mes : una vez por semana ⁽¹⁾
A los primeros síntomas sospechosos de eclampsia :
ingreso en clínica.

En los próximos capítulos se describen, resumidos en dos apartados, la exploración y consulta de las embarazadas, en el **período incipiente del embarazo** (uno a cuatro meses) y en el **quinto al décimo meses**.

(1) La Escuela alemana acepta, en la cronología del embarazo, los meses lunares de veintiocho días (cuatro semanas), con lo que el embarazo tiene una duración de diez meses = doscientos ochenta días, empezados a contar desde la iniciación del último menstruó. En toda la obra hemos respetado esta cronología. — N. del T.

Diagnóstico y exploración durante el primer período del embarazo (meses primero a cuarto)

Diagnóstico del primer período del embarazo

Los signos más importantes del primer período del embarazo se encuentran en la vagina y en el útero.

I. LOS CUATRO SIGNOS VAGINALES

Para el diagnóstico del embarazo no suelen aprovecharse bastante las diversas y características modificaciones de la vagina. Distinguiamos en este órgano los cuatro signos siguientes :

Primer signo vaginal: lividez de la entrada de la vagina. Con el nombre de *introitus vaginae* designamos el espacio abierto del vestíbulo vaginal después del desgarramiento de la membrana himenal. La decoloración azul oscura violácea (**livida**) del *introitus* se hace claramente visible después de separar los labios menores. Esta lividez se observa a veces de un modo llamativo entre el clitoris y el orificio externo de la uretra, así como también por debajo de esta última, en el llamado *rodete* o *protuberancia uretral* (**signo de Labhardt**). El *rodete uretral* ⁽¹⁾ es la parte más anterior de la columna rugosa ventral. Este saliente muestra una hipertrofia bastante notable durante el embarazo. La lividez de la entrada de la vagina es uno de los signos más importantes de embarazo. Se ha de tener en cuenta especialmente que

Con la luz diurna es como mejor se puede juzgar si la entrada de la vagina está o no livida.

Segundo signo vaginal: lividez de toda la vagina. No sólo la entrada de la vagina, sino toda la mucosa e incluso el hocico de tenca están decolorados y lívidos a consecuencia de la gran vascularización que existe durante el embarazo. Toda la mucosa vaginal está atravesada por una densa red venosa, que hace de la vagina una especie de tubo, formado por tejido tumefacto. Para poder apreciar bien la lividez hay que desplegar la vagina con el espéculo y explorarla, a ser posible con luz diurna.

(1) Llamado también *tubérculo vaginal*. — N. del T.

Tercer signo vaginal: aspereza de la superficie de la vagina, que tiene la consistencia del terciopelo. Durante el embarazo, la superficie de la vagina muestra una modificación típica, a la que no se ha prestado la debida atención. La pared vaginal de la mujer no embarazada es lisa, mientras que la de la embarazada se vuelve áspera como el terciopelo. La causa de ello es el reblandecimiento producido por el embarazo; las papilas sobresalen más que en estado normal, su capa epitelial está engrosada, y la masa de los pliegues transversales y longitudinales se ensancha y se hace más gruesa. Las papilas sobresalen a veces tanto de la superficie que pueden palparse por separado con el dedo (lo mismo que en la colpitis granulosa).

||| *Esta modificación de la mucosa vaginal es tan notable que el tocólogo experto puede ya sospechar la existencia de un embarazo al introducir los dedos en la vagina por primera vez.*

Cuarto signo vaginal: la vagina se hace más ancha y más dilatable. El crecimiento y reblandecimiento de los tejidos, regidos por la hormona folicular, hacen que la vagina esté más ancha y se dilate con más facilidad que cuando no hay embarazo. Sin embargo, los términos « más ancho » y « más dilatable » son relativos, y el médico con poca experiencia no puede aquilatarlos mucho. La mano experta recorre con dos dedos, y de atrás hacia delante, las paredes vaginales, y separa los dos dedos dentro de la vagina. Entonces el médico que explora dispone de un dato más, positivo o negativo, para, finalmente, con los resultados de cada una de las exploraciones especiales, poder sentar el diagnóstico de embarazo o afirmar la ausencia de éste. Durante la gravidez, la vagina es también más larga.

El significado de estos cuatro signos vaginales es limitado, porque también se presentan de uno a dos días antes de la menstruación. Pero entonces no son tan notables como al principio del embarazo.

II. SIGNOS UTERINOS

En el útero conviene distinguir los signos que solamente se observan en el cuerpo del mismo — **signos del cuerpo uterino** —, de los que se encuentran en su segmento inferior y en el cuello u hocico de tenca.

A. Signos del cuerpo uterino

1. **El aumento de tamaño del cuerpo** y de todo el útero es la modificación más importante y destacada del embarazo. No nos cansaremos de recalcar al principiante dos importantes hechos, a saber:

Al final del primer mes del embarazo, el útero no está aumentado de tamaño, o lo está muy poco

y, además, que la palpación bimanual del útero durante el embarazo no permite deducir **nunca con exactitud**, sino sólo de un modo apro-

ximado, la fecha del embarazo (¹) en el primer período del mismo.

El tamaño del útero, al final de los meses primero, segundo, tercero y cuarto, es diferente, según las embarazadas :

- 1.º Porque hay úteros grandes y úteros pequeños.
- 2.º Porque en las **multiparas** el útero es más grande que en las **primiparas** en la misma fecha. El útero de una mujer no embarazada, pero que ha parido ya tres veces, tiene casi igual tamaño que el de una primípara en el segundo mes del embarazo.
- 3.º Porque el crecimiento del útero es **diferente, según las mujeres.**
- 4.º Porque durante el embarazo el útero está sometido a **constantes modificaciones de tamaño y forma**, en virtud de un cambio rítmico de su estado de contracción (pág. 6), hecho notable y que debe tenerse en cuenta.
- 5.º Porque también es variable la cantidad de líquido amniótico.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, en general puede indicarse lo siguiente sobre el

Aumento de tamaño del cuerpo del útero en los cuatro primeros meses del embarazo :

Al final del **primer mes**: por palpación no se nota (o se nota muy poco) el aumento de tamaño del útero.

Al final del **segundo mes**: claramente aumentado de tamaño, como un huevo de ganso.

Al final del **tercer mes**: del tamaño de un puño de hombre aproximadamente (fig. 1).

Al final del **cuarto mes**: del tamaño de una cabeza de recién nacido, aproximadamente (fig. 2).

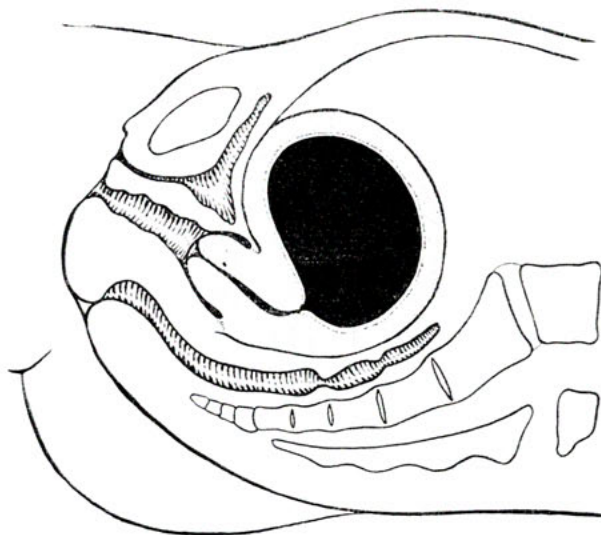


FIG. 1. Al final del tercer mes de embarazo, el útero está aún por completo en la pelvis menor. El punto más alto del fondo uterino se halla, aproximadamente, a nivel del plano del estrecho superior

(¹) Para calcular la fecha del embarazo, véase la página 17.

Hasta la mitad del tercer mes, el útero está todavía **por completo dentro de la pelvis menor** (fig. 1). El cuerpo, del tamaño de un puño, alcanza con su fondo el borde superior de la sínfisis a mediados del tercer mes o finales del mismo. En algunos casos, al final del tercer mes el fondo del útero rebasa ya algo el borde de la sínfisis. Al final del cuarto mes, el fondo uterino está a **dos o tres traveses de dedo por encima de la sínfisis** (fig. 2), por lo que ya se puede palpar claramente desde fuera.

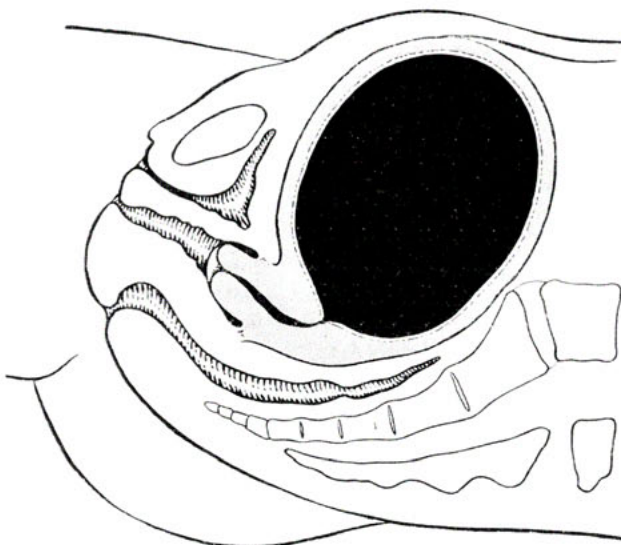


FIG. 2. Al final del cuarto mes de embarazo, e punto más alto del útero se palpa, aproximadamente, a dos o tres traveses de dedo por encima de la sínfisis

2. Modificación de su consistencia = reblandecimiento. A causa de la imbibición y reblandecimiento, de origen hormonal, de la musculatura del cuerpo uterino durante el embarazo, dicho cuerpo pierde su consistencia, se hace depresible, pastoso, blando y, a veces, incluso claramente flácido. Esta blandura pastosa puede compararse con la consistencia de un higo.

La comprobación de la consistencia pastosa y blanda de la musculatura del cuerpo uterino es, junto con el aumento de tamaño del útero, el signo más importante del embarazo.

Esta disminución de tono en la musculatura de la pared del cuerpo uterino es característica en el embarazo, pero no constante, sino que cambia, lo cual es muy importante desde el punto de vista diagnóstico.

3. Cambios de consistencia en la musculatura del cuerpo uterino. El estado de contracción del útero durante el embarazo cambia continua e intensamente, como consecuencia de la debilitación de los estímulos del simpático y de la relativa preponderancia de los del parasimpático (HASAMA, DYROFF). Estas contracciones, que se presentan rítmicamente durante todo el embarazo — y que han sido comprobadas por KNAUS, experimentando en animales —, tienen como consecuencia un incesante cambio, tanto de la consistencia como del tamaño y forma del cuerpo uterino. Además, hay una tendencia a la contracción, que se nota especialmente en la exploración bimanual: si exploramos, por ejemplo, a una embarazada en el tercer mes, quizá no se note en absoluto el cuerpo uterino en el primer momento, por ser tan blando y flácido que escapa casi por completo al sentido del tacto, y, en cambio, algo después se nota cómo se contrae y se hace más pequeño y duro. Para el diagnóstico precoz del embarazo debe tenerse muy en cuenta lo siguiente:

En los primeros meses del embarazo, el cuerpo del útero se contrae y relaja de manera sucesiva y alternante y, por tanto, varía de modo constante su consistencia, tamaño y forma. El estado blando, grande y flácido del mismo alterna con el duro, más pequeño y esférico. La palpación bimanual produce contracciones parciales suplementarias.

Es característico, sobre todo, que el estado de contracción de la pared del cuerpo uterino cambie rápidamente durante la exploración. Además, se pueden palpar en varios sitios a la vez consistencias muy opuestas; uno de los ángulos y bordes del fondo uterino se nota fuerte y hasta duro, mientras que el otro es pastoso y blando. Todos estos hallazgos exploratorios son completamente normales en el útero grávido, y deben conocerse con exactitud por su valor diagnóstico.

4. Signo de Holzapfel (o signo del perimetrio). En el útero no grávido, el perimetrio (peritoneo) del cuerpo es liso, mientras que ya en el primer mes del embarazo es ligeramente áspero. La posición adecuada para comprobar el signo de Holzapfel se ha representado en la figura 3. Manteniendo el cuerpo del útero entre las puntas de los dedos, se intenta hacerlo salir como en resorte en la dirección de la flecha. Si se logra fácilmente, se trata de un útero no gravídico; si hay embarazo y el perimetrio presenta su aspereza característica, parecida a la de la goma de borrar, el útero se puede deslizar sólo muy lentamente entre los dedos.

5. Signo de Piskaček. Lo constituye el abombamiento reblanecido de aquella parte del cuerpo uterino en la que se ha implantado el huevo, es decir, por delante, por detrás o — lo que es más raro — lateralmente (ángulos tubáricos). Este signo se palpa con cla-

ridad sobre todo cuando el huevo se ha implantado en las caras laterales del cuerpo uterino. Las contracciones circunscritas de la pared del cuerpo pueden darnos, al palpar, la misma impresión que el verdadero signo de Piskaček.

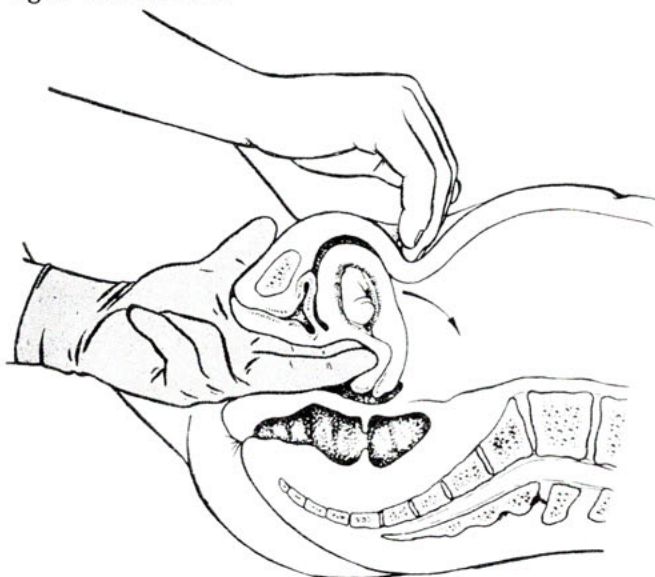


FIG. 3. Signo de embarazo, de Holzapfel, muy apropiado para embarazos incipientes. En este caso, el perimetrio tiene una aspereza semejante a la de la goma de borrar, y el cuerpo del útero sólo se puede deslizar poco a poco entre los dedos. (Según VON MIKULICZ-RADECKI, modificado)

El abombamiento de Piskaček se explica, según H. RUNGE, porque el crecimiento y disminución del tono muscular son especialmente notables en aquellas partes de la musculatura que limitan el crecimiento del huevo. Estas partes de la pared uterina, que reciben además las hormonas coriónicas por vía linfática, es decir, directamente, contienen dichas hormonas a elevada concentración. El signo de Piskaček se basa, pues, en la acción local de la hormona placentaria (fig. 4).

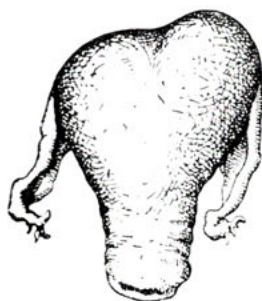


FIG. 4. Signo de embarazo, de Piskaček

6. Signo de Noble (prominencia lateral del cuerpo uterino). Si en la exploración bimanual de un útero no grávido se deslizan los dedos, introducidos en la vagina, hacia los fondos de saco laterales (fig. 5), no se encuentra allí ninguna resistencia. Lo mismo sucede en el primero y segundo meses del embarazo. A finales del tercer mes, hasta comienzos del cuarto, el útero se empieza a convertir de piriforme en esférico. Si se exploran entonces del modo indicado los fondos de saco vaginales laterales, se tropieza con una firme resistencia, formada

por la prominencia lateral de la esfera que constituye el cuerpo del útero (fig. 6).

7. **Signo del catéter, de Loenne.** Si el cuerpo del útero estaba en anteflexión fuera del embarazo, casi siempre se acentúa dicha posición por el embarazo. Debido a ello, y sobre todo a su aumento de tamaño, el útero se corre, y empuja hacia delante la vejiga de la orina. Desde el segundo al tercer mes de embarazo, un catéter que se introduzca profundamente en la vejiga tropieza con la pared anterior del útero grávido, a través de la pared posterior de aquel órgano (fig. 12).

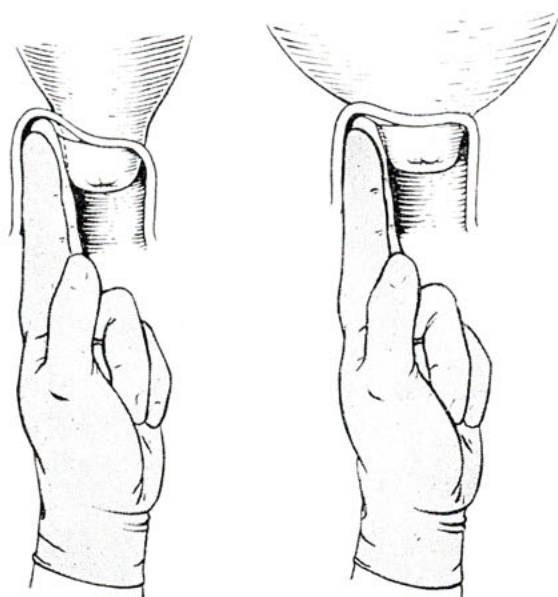


FIG. 5. Signo de Noble negativo FIG. 6. Signo de Noble positivo

B. Signos del segmento inferior del útero y del cuello uterino

1. **Signo I de embarazo, de Hegar.** Posibilidad de comprimir fácilmente el segmento inferior del útero (fig. 7). En el primer período del embarazo no se reblandecen en el mismo grado las tres partes del útero, es decir, el cuerpo, segmento inferior y cuello. **El delgado istmo del útero** — parte superior del sector cervical — **muestra más pronto una consistencia blanda**, mientras que el cuello es la parte del útero que permanece firme durante más tiempo. Esta diferencia de consistencia de las tres partes del útero, y sobre todo su elasticidad — y con ello la posibilidad de comprimir fácilmente el segmento inferior del útero —, constituyen la base del I signo de Hegar. Este signo se percibe con más claridad en el tercero y cuarto meses de embarazo. Si en esta época se explora el útero con ambas manos, tal como muestra la figura 7, el que explora tiene la impresión de que, en caso de gravidez, **los dos dedos casi pueden tocarse**. El cuerpo y el cuello uterinos dan la sensación de dos partes independientes.

Possibilidad de un diagnóstico erróneo. Este hallazgo induce en algunos casos a un diagnóstico erróneo, que puede poner en peligro la buena fama del tocólogo. El cuello uterino alargado se toma por un pequeño útero, mientras que el cuerpo del útero grávido se considera un **tumor ovárico, mioma o embarazo extrauterino**. Un remedio sencillo para aclarar el diagnóstico consiste en esperar unos momentos sin interrumpir la exploración. Se produce entonces una contracción del cuerpo uterino, que aclara la situación.



FIG. 7. Primer signo de embarazo, de Hegar (original)

2. Signo II de Hegar (plegabilidad de la pared anterior del cuerpo uterino). Para la obtención de este signo, véase la figura 8. Este signo es rechazado por muchos tocólogos, ya que podría perjudicar



FIG. 8. Segundo signo de embarazo, de Hegar (original)

el huevo, objeción que, desde luego, está justificada. Pero este signo presta buenos servicios si se cumplen dos condiciones previas: 1.^a Emplear una técnica exploratoria muy suave. 2.^a Anestesia general profunda.

3. El cuello uterino oscilante de Gauss tiene el mismo fundamento que el signo de embarazo de Hegar. El reblandecimiento es-

pecialmente intenso del segmento inferior del útero hace que el cuello se mueva con facilidad en relación con el cuerpo. En comparación con el cuerpo, el cuello gana en posibilidades de movimiento. Si se introducen dos dedos en la vagina de modo que abarquen el cuello uterino, éste puede llevarse en **todas direcciones en la exploración bimanual**, sin que los movimientos se transmitan al cuerpo (fig. 9).

4. **Signo del bastón y del paño** (del autor). Si en el segundo, tercero y cuarto meses del embarazo se toma el cuello uterino entre los dos dedos — que se exploran ejerciendo sobre él una fuerte presión desde los lados —, se nota claramente que el cilindro que forma el cuello — es decir, el **cérvix** — no tiene una consistencia blanda uniforme. **Por el contrario, se palpa un núcleo firme, rodeado de un tubo de tejido más blando y bastante grueso, como si fuese una en-**

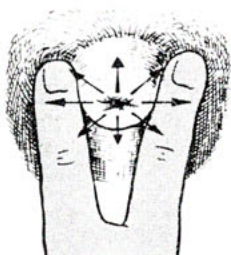


FIG. 9. Esquema del cuello uterino oscilante, de Gauss

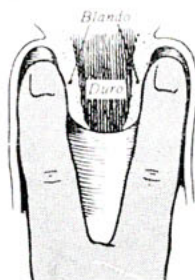


FIG. 10. Esquema del signo del bastón y del paño

voltura de paño o terciopelo (fig. 10). Con lo que mejor puede compararse este fenómeno es con un bastón que se hubiera envuelto en un paño blando, por lo cual lo hemos denominado *signo del bastón y del paño*.

5. **Signo arterial de Oslander.** Las pulsaciones de las ramas ascendente y descendente de la arteria uterina sólo se notan en el útero no grávido poco antes de la menstruación. Si se palpan los bordes del cuello uterino durante el embarazo (primero y segundo mes), estas pulsaciones se perciben con tanta claridad que incluso pueden contarse los latidos (fig. 12).

6. **Signo de Pinard** (fig. 11). En la exploración bimanual, los dedos introducidos en el fondo de saco anterior tropiezan con el cuerpo del feto a través de la pared del istmo uterino. Se nota como si la parte del feto que se toca se alejara nadando, volviese luego y chocara contra los dedos introducidos. El feto se mueve, pues, pasivamente, y realiza una especie de peloteo. El signo de Pinard **no se puede comprobar antes de la decimosexta semana de embarazo, es decir, antes del final del cuarto mes**, porque sólo desde entonces existe la necesaria proporción entre la cantidad de líquido amniótico y el tamaño del feto para que se obtenga dicho signo.

Un signo que se refiere al útero considerado en conjunto es el llamado **signo de desplazamiento**, que se basa en el reblandecimiento y mayor movilidad del aparato de fijación del útero — aparato ligamentoso, de fijación y sostén del útero — (pág. 89). Todo útero sano, en posición normal y cuyo aparato de fijación no presente alteración patológica alguna, puede moverse libremente dentro de ciertos límites. **En el embarazo aumenta notablemente esta posibilidad de movimiento.** Ya en las semanas cuarta a sexta se puede mover el útero mucho más libremente en todas direcciones. Sobre todo en esta época es posible correr el útero varios centímetros hacia el ombligo.

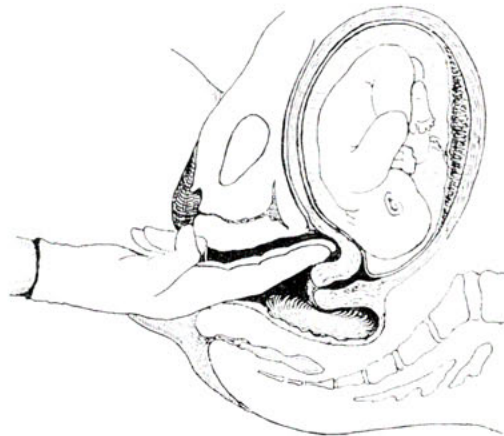


FIG. 11. Signo de Pinard (positivo desde la décimo-sexta semana)

Todos los signos de embarazo citados hasta ahora son signos **probables**. En los próximos capítulos expondremos su importancia práctica y el modo de utilizarlos. Véase el esquema siguiente, que hace referencia a los mismos.

Signos uterinos:

Signos del segmento inferior y del cuello

1. Signo de Hegar (I).
2. Signo de Hegar (II).
3. Cuello uterino oscilante de Gauss.
4. Signo del bastón y del paño.
5. Signo de Osiander.
6. Signo de Pinard.

Signos del cuerpo

1. Aumento de tamaño del cuerpo uterino.
2. Consistencia modificada.
3. Cambios de consistencia.
4. Signo de Holzapfel.
5. Signo de Piskaček.
6. Signo de Noble.
7. Signo de Loenne.

Existe un signo que afecta a la totalidad del útero: signo del desplazamiento.

Signos vaginales :

1. Lividez de la entrada de la vagina.
2. Lividez del tubo vaginal.
3. Aspereza de la superficie vaginal.
4. La vagina es más ancha y dilatatable.

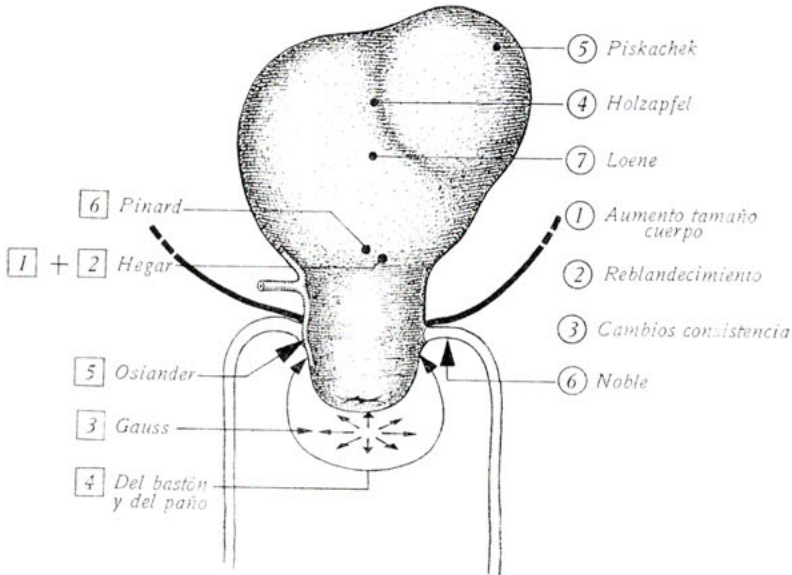


FIG. 12. Esquema para el diagnóstico de los principios de embarazo (signos objetivos probables de embarazo).

- = signos del segmento inferior del útero y del cuello.
 ○ = signos del cuerpo del útero

Exploración en el primer período del embarazo

Antes de la exploración debe realizarse una exacta anamnesis.

||| ¡No debe interrogarse nunca con la embarazada de pie!

El mismo tiempo se tardará en la anamnesis tanto si se está sentado como de pie, aunque en el primer caso se establece mejor contacto personal con la mujer, lo cual no deja de tener su importancia. Además, un tocólogo no debe dar nunca la impresión de que tiene prisa.

||| ¡La prisa es incompatible con la Tocología!

Hay que dejar bien sentado que la anamnesis no sólo sirve para comprobar importantes hechos desde el punto de vista tocológico, sino que, según el modo de llevar el interrogatorio, puede ganarse uno, ya desde el primer momento, la confianza de la mujer. Es im-

posible describir con exactitud cómo debe hacerse esto. El médico viejo lo sabe mejor que el joven, ya que en ello desempeña un papel decisivo el conocimiento de las personas por parte del que interroga, su intuición y su experiencia ; pero, sobre todo, en cualquier situación que se presente hay que guardar tranquilidad e irradiarla.

Para obtener la

ANAMNESIS,

el médico joven debe tener siempre presente que — sin tratar de prescribirle ningún esquema —, todo depende de cuatro puntos principales :

- A. Nombre, edad, paridad.
- B. Antecedentes de los partos.
- C. Antecedentes del embarazo.
- D. Antecedentes patológicos.

A. Nombre, edad, paridad

Por lo general, puede aceptarse como válido el principio de que las mujeres jóvenes tienen el parto más fácil que las mujeres mayores. La edad más favorable para el primer parto es la de 19-22 años.

Las primíparas mayores de 28-30 años, son primíparas añosas.

Sin embargo, la experiencia demuestra que un primer parto a los 40-45 años también puede desarrollarse sin dificultad ni complicaciones. En cuanto a las indicaciones para la cesárea en primíparas añosas, véanse las páginas 170 y 182.

Se distinguen :

- Primíparas.
- Pluríparas : 2-5 hijos.
- Múltiparas : 6 y más hijos.

Durante el embarazo se habla de primigesta, de embarazo en una plurípara y de embarazo en una múltipara.

B. Antecedentes tocológicos

El tocólogo preguntará acerca del número y curso de los embarazos anteriores, abortos, partos y puerperios. Hay que preguntar especialmente sobre la debilidad de los dolores del parto, intervenciones quirúrgicas, hemorragias y, sobre todo, acerca del curso del alumbramiento, así como sobre el número de hijos que actualmente viven.

En los casos de aborto, malformaciones, partos prematuros, partos con feto muerto o niños muertos en los primeros días después del parto, hay que pensar sobre todo en la

Sífilis.

Incompatibilidad de grupos sanguíneos.

(Factor Rh, sistema ABO, Kell-Cellano, factor Lewis)
(pág. 68).

Toxoplasmosis.

Histeriosis.

Viriasis.

C. Datos acerca del embarazo

La primera y más importante pregunta que debe hacerse es si falta la regla y desde cuándo. La duración del embarazo y la fecha del parto se calculan a partir de la última menstruación.

Si falta la regla en una mujer sana y púber cuyo período había sido siempre regular, ha de suponerse la existencia de un embarazo, hasta que no nos hayamos convencido de lo contrario, utilizando todos los medios exploratorios que estén a nuestra disposición.

En el embarazo falta la verdadera hemorragia menstrual, porque la persistencia del **cuerpo lúteo** impide la ovulación y, con ello, el ciclo sexual.

La pregunta :

¿Cuándo fue el primer día de la última regla?

debe hacerse con insistencia hasta que quede bien aclarado. Precisamente en este punto es en el que suele cometer faltas el principiante. En el párrafo siguiente indicamos la forma en que solemos plantear nosotros el interrogatorio, y sus contestaciones. Este procedimiento parece algo primitivo, pero tiene la ventaja de aumentar la eficacia.

¿Cuándo fue el primer día de la última regla? « El 15 de mayo ».

Para asegurar este importante dato deben hacerse siempre cuatro « preguntas de seguridad ».

Primera pregunta: ¿Fue el 15 de mayo el primero o el último día de la última regla? Casi siempre suelen contestar : « El último día ; el primer día fue el 11 de mayo ».

Segunda pregunta: ¿Cuánto tiempo duran y qué intensidad tienen normalmente las pérdidas mensuales? ¿Fue la última regla tan larga e intensa como su pérdida normal? Si esto se confirma, a pesar de todo se formulará la

Tercera pregunta: ¿Fue siempre la regla, en los últimos años, bastante regular?

Si la mujer dice que tiene **irregularidades en la regla** — dependientes, con frecuencia, de una debilidad funcional de los ovarios —, es dudoso que la actual amenorrea signifique un embarazo. Si en la ex-

ploración se comprueba la existencia de un embarazo, hay que examinar cuidadosamente si la última regla indicada puede aceptarse como punto de partida para calcular la fecha del parto.

||| La falta de regla en una mujer sana habla en favor de un embarazo si el ciclo sexual ha sido siempre antes regular y la amenorrea no es producida por otras causas.

Precisamente durante la guerra y la posguerra se ha demostrado que, a causa de acciones externas sobre el sistema hipofisodiencefálico, puede presentarse una amenorrea durante un tiempo más o menos largo. Como causas de la misma pueden citarse las influencias psíquicas del ambiente, en especial el miedo, preocupaciones, apuros, cambios de clima y de modo de vivir y otras muchas.

Cuarta pregunta: ¿Cómo fue la regla el mes siguiente, es decir, en junio? No pocas veces la mujer contesta que en la época de la regla correspondiente al mes de junio se presentó « todavía una pérdida insignificante ». Esta cuestión hay que plantearla para saber cuál era en realidad la última regla « verdadera ».

Debe tenerse en cuenta que :

||| *En la primera mitad del embarazo no es raro observar hemorragias poco copiosas y de corta duración en la época que corresponde a la regla, y que no tienen relación alguna con ella.*

En el embarazo, tales hemorragias, parecidas a la menstruación (frecuencia aproximada, 4-6 %), han sido denominadas por E. KEHRER como

Seudomenstruación en el embarazo.

La persistencia de hemorragias que se presentan con regularidad todos los meses, no indica, en modo alguno, que no se trate de un embarazo.

En cuanto al modo de producirse estas hemorragias, así como su lugar de origen, no existe todavía unanimidad de opiniones. Estas hemorragias no tienen relación alguna con la verdadera hemorragia menstrual — o, lo que es lo mismo, con una hemorragia por *rhexis*, es decir, por desgarro de la pared vascular — y desintegración simultánea de la mucosa uterina (descamación). En algunas pseudomenstruaciones del embarazo — sobre todo en los primeros meses del mismo — se trata de un aborto inminente, es decir, de ligeras hemorragias de la decidua y de las vellosidades del polo inferior del óvulo. A veces, las causas pueden ser hemorragias por diapédesis, es decir, que la sangre sale de los vasos de la decidua parietal o de la mucosa del cervix. Según GOECKE, se trataría de oscilaciones en el contenido de hormona folicular en la sangre de mujeres de ciclo lábil, o trastornos circulatorios de origen vegetativo. Además de estas hemorragias, que en la época de la regla demuestra que existen influencias neurohormonales — sistema diencéfalo-hipofisario —, ha de pensarse también en hemorragias consecutivas a un carcinoma, erosión y pólipos del cuello uterino; de aquí se deduce que:

En cualquier hemorragia que se presente durante el embarazo debe excluirse el carcinoma u otro proceso patológico, mediante la exploración de la vagina y el cuello uterino con espéculos esterilizados.

Si se interroga detenidamente acerca de la duración e intensidad de las pérdidas sanguíneas — normalmente, el número de paños utilizados al día es de tres o cuatro —, y sobre todo por el **hallazgo con el espéculo**, no tardaremos en formarnos una idea clara de su significado.

La experiencia diaria demuestra que la
duración del embarazo

está sometida a grandes oscilaciones. Este hecho debe ser antepuesto a todos los cálculos que puedan hacerse a base del calendario, los cuales — como veremos más adelante — sólo pueden considerarse como datos aproximados.

Cálculo de la fecha del parto según la última regla

La verdadera duración del embarazo, es decir, el tiempo que transcurre entre el día de la fecundación y el día del parto, es, por término medio, de 263 a 273 días en una mujer que menstrúa regularmente.

Duración efectiva del embarazo = 263 a 273 días.

En la regla empleada generalmente para calcular la fecha, es decir, la

regla de Naegele
(tocólogo en Heidelberg, 1778-1815)

se parte del primer día de la última menstruación regular, puesto que el día de la concepción raras veces se conoce con seguridad. Se supone que, contando desde este día — suponiendo, por término medio, un ciclo de 28 días — transcurren hasta el parto **280 días** en números redondos, es decir, **40 semanas**. Este espacio de tiempo se subdivide en 10 meses lunares de 28 días cada uno. En el lenguaje tocológico entendemos siempre con el nombre de «mes» este mes lunar.

Es decir, contando desde el primer día de la última regla, el embarazo dura, en números redondos, **280 días = 40 semanas = 10 meses lunares**.

La regla de Naegele, que nos ahorra calcular en el calendario los 280 días, es la siguiente :

La fecha probable del parto se calcula deduciendo 3 meses del primer día de la última regla y añadiendo 7 días.

Esquema:

Primer día de la última regla — 3 meses + 7 días = fecha del parto.

Ejemplo:

10-X-1954 — 3 meses + 7 días = 17-VII-1955.

Si el ciclo menstrual dura 28 días aproximadamente, se tiene en cuenta esta cifra en el siguiente esquema para el cálculo:

Primer día de la última regla, — 3 meses + 7 días \pm x días, en el cual x significa el número de días por el que se desvía la regla del ciclo de 28 días.

En cuanto a la **fecha óptima de la concepción**, diremos:

Los resultados de la investigación y de la clínica dan la seguridad de que la rotura del folículo se produce **lo más a menudo entre el décimo y el decimoséptimo día del ciclo**, de modo que en esta época es cuando puede fecundarse con más frecuencia el óvulo — **fecha óptima de concepción** —. Por otra parte, hoy puede suponerse con seguridad que la fecundación es también **posible en cualquier otro día del ciclo**.

En el empleo de la regla de Naegele se tiene en cuenta el hecho de que en la mayoría de los casos la fecundación se ha producido mucho después del primer día calculado en la última regla, para lo cual se ponen en la cuenta 280 días en vez de los 263-273 días efectivos de duración del embarazo. Más adelante veremos cómo, a pesar de todo lo dicho, el resultado de esta regla no es completamente exacto.

Cálculo de la fecha del parto según el día de la fecundación

A veces puede señalarse el día de la fecundación, y entonces resulta más fácil el cálculo de la fecha del parto. Considerando que el embarazo tiene una duración, en números redondos, de 270 días (= 9 meses de calendario) **post conceptionem**, sólo se necesita deducir **3 meses de calendario**, a partir de la fecha de la concepción, para llegar a la fecha del parto:

fecha de la fecundación — 3 meses de calendario = fecha del parto
Ejemplo: 18-V-57 — 3 meses de calendario = 18-II-58

Sin embargo, no conviene extenderse demasiado acerca de este particular antes de la exploración. Una vez tengamos el resultado de la exploración objetiva, se comparará éste con los datos que nos dé la mujer.

Debemos insistir de un modo especial sobre el hecho siguiente:

El cálculo de la fecha del parto utilizando las citadas normas da resultados poco seguros, como demuestra la experiencia diaria. Los cálculos efectuados en nuestra clínica demuestran que ni siquiera un 5 % de los niños nacen en el día calculado mediante la regla de Naegele. Por otra parte, no disponemos de ningún otro método con el cual se pueda calcular más exactamente la fecha del parto fundándose en los datos de la mujer embarazada. Es necesario advertir claramente desde el principio que **es posible que el parto se presente algo más pronto o más tarde (8-10 días)**. Las estadísticas demuestran que dos tercios de todos los niños nacen unas semanas alrededor de la fecha calculada para el parto.

Vista la poca exactitud de los resultados obtenidos por los cálculos, se plantea el problema de determinar con mayor seguridad la fecha del parto. Para ello sólo existe una sencilla respuesta :

El método más seguro para determinar la fecha del parto es la exploración de la embarazada, efectuada regularmente cada cuatro semanas. De este modo, y a base del resultado de la exploración, se determina en cada caso el tiempo que ha transcurrido del embarazo y, con ello, la fecha del parto, fecha que se anota en la hoja de la consulta.

¡Cuántas preocupaciones innecesarias y cuántos falsos comienzos de parto se podrían haber ahorrado en los muchos « embarazos prolongados » — que en gran parte no lo son (pág. 192) —, si hubiésemos empleado con más frecuencia este sencillo método!

¿Cómo ha transcurrido hasta ahora el embarazo?

- | | |
|-------------------------|--|
| ¿Se sienten náuseas? | ¿Polaquiuria? |
| ¿Vómitos matutinos? | ¿Estreñimiento? |
| ¿Trastornos de apetito? | ¿Modificaciones de las mamas? |
| ¿Antojos especiales? | ¿Sensación de vértigo, desvanecimientos? |

Estos síntomas subjetivos se denominan

signos inciertos de embarazo

El 60 % de embarazadas se quejan de náuseas o vómitos matutinos (emesis). Suelen empezar quince días después de la fecundación, es decir, alrededor del comienzo del segundo mes del embarazo, y, por lo general, disminuyen o cesan completamente durante el cuarto mes.

La **polaquiuria** de las primeras semanas del embarazo — sin que haya motivos para sospechar la existencia de una cistitis — llama con frecuencia la atención a las propias embarazadas.

Esta **polaquiuria** característica es debida :

- 1.º A la compresión que el útero, situado todavía en la pequeña pelvis, ejerce sobre la vejiga, en los primeros tiempos del embarazo, desde detrás y arriba.
- 2.º A la hiperemia vesical originada por el embarazo.
- 3.º A los cambios de tono en el sistema neurovegetativo.

El **estreñimiento** es tan típico en muchos casos, que las mujeres experimentadas ven en él una confirmación segura de su sospecha de embarazo. Este estreñimiento se basa en la dilatación y flaccidez intestinal o pérdida de tono de este órgano producidas por el embarazo.

Trastornos del apetito. Se observa en ocasiones aversión hacia alimentos que en circunstancias normales se comen con apetito ; antojos por comidas especiales, es decir, apetencia por ciertos manjares, a menudo por « alimentos ácidos » (pepinos, arenques, etc.), así como una repentina aversión de las fumadoras hacia los cigarrillos, etc.

Las **mamas** están aumentadas de tamaño, tensas y llenas.

D. Antecedentes patológicos

Respecto al raquitismo: ¿Cuándo aprendió a andar? Aprender a andar después del primer año de la vida habla en favor del raquitismo, así como perder la capacidad de andar cuando ya se había tenido antes.

Para evitar sorpresas a la mujer y al médico en la segunda mitad del embarazo deben averiguarse detenidamente las

enfermedades del corazón, pulmones y riñones.

Esto debe hacerlo todo aquel que no quiera pasar por principiante. En las **enfermedades cardíacas** es aconsejable una exploración inmediata del corazón (roentgenografía, electrocardiograma) y de la circulación por un especialista. Toda embarazada debería ser **roentgenografiada** en los cuatro primeros meses del embarazo, para excluir la **tuberculosis** o tratarla si existe. En las **enfermedades renales** hay que actuar del mismo modo, explorando funcionalmente los riñones y ordenando un análisis bacteriológico de la orina. También es importante saber que la **rubéola** sufrida en los tres primeros meses del embarazo puede ser causa de malformaciones en el embrión (**embriopatía rubeólica**), cuya triada sintomática se manifiesta por catarata, malformaciones cardíacas y sordera.

||| *El tocólogo experimentado conoce muy bien los buenos resultados que se obtienen mediante la estrecha colaboración entre él y el internista experto.*

Finalmente, se preguntará acerca de las **intervenciones quirúrgicas** sufridas. Tienen gran importancia sobre todo las operaciones en el útero (cesárea, miomectomías, histeropexias) y en la vagina (prolapso).

Toda embarazada que haya sufrido una cesárea anteriormente, será aconsejada con insistencia sobre la necesidad de dar a luz en la clínica (peligro de ruptura uterina: de cada cien mujeres intervenidas en el parto, en dos se rompe la cicatriz de la cesárea).

El interrogatorio acerca de enfermedades venéreas debe hacerse, al final, con tacto y discreción. Inmediatamente después se efectúa la

EXPLORACIÓN GLOBAL DE LA EMBARAZADA

No hay que omitir nunca la exploración de la embarazada completamente desnuda, ya que al experto le basta una sola mirada para deducir interesantes consecuencias. Los brazos y piernas cortas y la estatura baja — inferior a 1,55 m. — revelan una pelvis totalmente estrecha. Por eso Bumm pudo decir con razón: «**Cuando veo estos brazos...**». El **tórax de pichón** (pecho en forma de quilla), piernas en O y X, rosario raquítico, bordes dentarios en forma de sierra, etc., permiten suponer la existencia de una pelvis plana raquítica, una cifosis lumbar, una pelvis cifótica. Mas no sólo cuando se sospeche una estrechez pélvica, sino en todos los casos hay que hacer que la embarazada se vuelva de lado para examinar el

rombo de Michaelis

con **iluminación lateral.**

El rombo de Michaelis es un cuadrilátero de lados iguales, situado en punta en la espalda de la mujer, en la región sacra (fig. 13). Toma su forma de cuatro fositas o puntos muy característicos: **Punto superior**: fosita situada inmediatamente por debajo de la apófisis espinosa de la V vértebra lumbar. **Punto inferior**: corresponde a la parte superior del surco interglúteo, formado por las líneas oblicuas de inserción de la musculatura de las nalgas. **Puntos laterales**: constituidos por las espinas ilíacas póstero-superiores, que aparecen como dos fosillas, en general claramente visibles. El rombo de Michaelis se observa con mucha claridad cuando a la embarazada, en decúbito lateral, se le dice que contraiga los músculos glúteos y ponga tensas las nalgas.

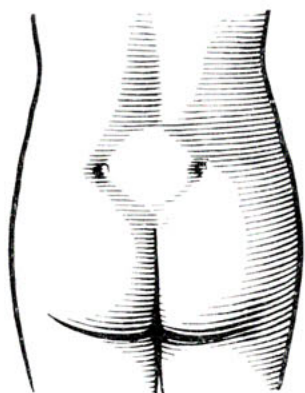


FIG. 13. Rombo de Michaelis (cuadro colocado de punta);

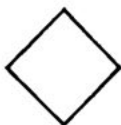


FIG. 14. Rombo normal de Michaelis (tiene la forma de un cuadrado)

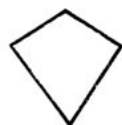


FIG. 15. Rombo en la pelvis plana raquítica (tiene la forma de una cometa de papel o de un triángulo, con el ángulo superior del rombo muy obtuso)



FIG. 16. Rombo en la pelvis totalmente estrecha (tiene una forma alargada y estrecha, y termina en punta arriba y abajo)

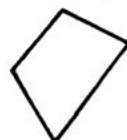


FIG. 17. Forma asimétrica del rombo de Michaelis en la pelvis oblicuamente estrecha

Pelvis normal. El rombo es casi cuadrado (figs. 13 y 14). Si el rombo presenta esta forma regular, puede excluirse con bastante seguridad una anomalía de la pelvis materna.

Pelvis plana raquítica (pág. 565). El rombo tiene la forma de una cometa de papel (fig. 15), es aplanado, casi triangular, y en casos notables, completamente triangular, es decir, existe un acortamiento del eje longitudinal, y su ángulo superior es obtuso.

Pelvis totalmente estrecha (pág. 562). El rombo es más alto que ancho, y sus ángulos superior e inferior son agudos (fig. 16).

Pelvis oblicuamente estrecha. Tiene una forma asimétrica (fig. 17), con el rombo torcido.

Pelvis de forma normal = rombo cuadrado. Toda desviación de la forma cuadrada nos hará sospechar una estrechez pélvica, y la mujer deberá ser internada en clínica.

También es importante tener una impresión general de la constitución de las embarazadas, y, además, que

las mujeres asténicas e infantiles, así como las hipoalimentadas e hipotiroideas, por una parte, y las obesas, por otra, tienen inclinación a la
¡inercia uterina!

Tras esto sigue la

EXPLORACIÓN TOCOLÓGICA

propriadamente dicha en el primer período del embarazo, que comprende:

- I. Exploración esterna de la pelvis (pág. 22).
- II. Exploración vaginal con palpación de la pelvis (págs. 28 y 35).
 - Examen de la orina (pág. 65).
 - Medida de la presión arterial (pág. 65).
 - Registro del peso (pág. 67).
- III.
 - Exploración de los factores sanguíneos (pág. 68).
 - Exploración para comprobar si hay sífilis (reacción de Wassermann).

I. Exploración externa de la pelvis

Observación preliminar. La exploración pélvica externa, es decir, las maniobras de Baumm y la medición de la pelvis con el compás, solemos realizarlas antes de la exploración vaginal, es decir, cuando la mujer indica que está embarazada o que quiere ser explorada en vistas a un posible futuro embarazo, o bien cuando de los resultados de la anamnesis se sospeche un probable embarazo. Estamos convencidos de que este modo de proceder facilita mucho, desde el punto de vista psíquico, la exploración vaginal. Pero el embarazo se comprueba con bastante frecuencia también con motivo de una exploración ginecológica. En este caso, la exploración externa de la pelvis la llevamos a cabo inmediatamente después de la exploración vaginal.

Para llevar a cabo la exploración externa de la pelvis no es necesario utilizar inmediatamente el pelvómetro. Recomendamos palpar antes con ambas manos las dos espinas ilíacas ántero-superiores y las dos crestas ilíacas. Como mejor se realiza esto es con las dos

maniobras de Baumm.

Primera maniobra de Baumm. La mujer estará echada en el sofá de exploración. El tocólogo pondrá las últimas falanges de los pulgares sobre las espinas ilíacas ántero-superiores (fig. 18). La busca y palpación de estos puntos óseos facilita al principiante la medición, que debe llevarse a cabo seguidamente. Para el médico experimentado, esta maniobra sustituye con frecuencia a la medición: la distancia entre los pulgares aplicados muestra con bastante claridad si la distancia entre las dos espinas ilíacas es normal, demasiado grande o demasiado pequeña.

Segunda maniobra de Baumm. Se aplican los pulgares, como en la primera maniobra, sobre las espinas ilíacas, y en cada lado, los dedos medio e índice sobre ambas crestas ilíacas (fig. 19), se deslizan por

encima de dichas crestas óseas, de un lado a otro, hasta donde estén más distanciados. De este modo se obtiene un cuadro plástico del relieve de las crestas ilíacas.

En la pelvis normal, las espinas ilíacas están claramente más cerca del plano medio que las partes más separadas de las crestas ilíacas.

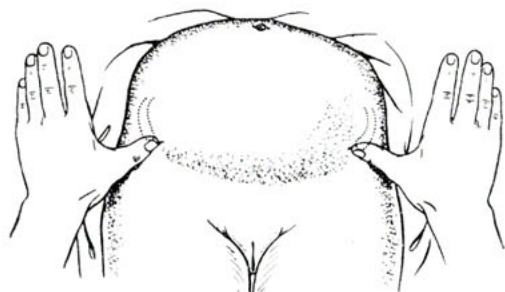


FIG. 18. Primera maniobra de Baum

Si la relación distancia biespinosa-distancia entre ambas crestas es tal que las partes más separadas de las crestas ilíacas se hallan casi a la misma distancia que las espinas, o si la relación está invertida, es decir, que las partes más separadas de las crestas se hallan

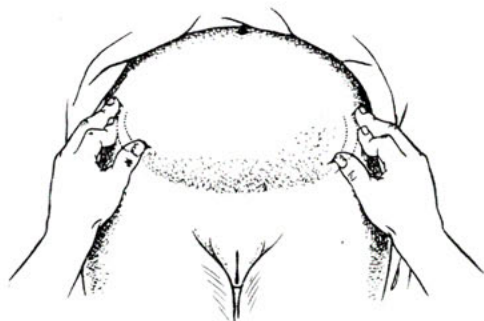


FIG. 19. Segunda maniobra de Baum

más cerca del plano medio que las espinas, se trata claramente de una pelvis **plana** (fig. 425). La pelvis **totalmente estrecha** puede reconocerse también en seguida por las maniobras de Baum, ya que por palpación las citadas distancias óseas se notan regularmente disminuidas (compárese con la página 563). Mediante estas maniobras se pueden reconocer, sin necesidad del pelvómetro, las características de la pelvis, ya que representan indirectamente una exploración intrapélvica.

Llamamos también la atención acerca de una maniobra muy práctica, que hemos denominado

maniobra por separación de los dedos,

que, en cierto modo, completa la segunda maniobra de Baumm y permite reconocer en seguida si la distancia entre las dos espinas ilíacas es normal o está acortada (fig. 20). El tocólogo separa bien sus dedos y coloca el pulgar sobre una de las espinas ilíacas ántero-superiores, a la vez que intenta llegar con el meñique a la espina opuesta. Si logra esto, es prueba de que hay una disminución de la distancia biespinosa normal. Hay que hacer constar, sin embargo, que esta maniobra sólo puede utilizarse, en general, hasta el séptimo mes de embarazo, pues en los meses siguientes el abombamiento del abdomen impide su aplicación.

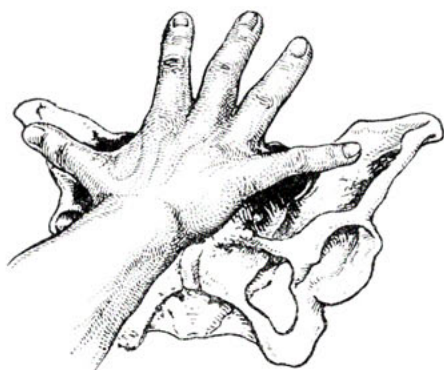


FIG. 20. Maniobra por separación de los dedos. El dedo meñique no alcanza la espina ilíaca situada enfrente; por tanto, la distancia biespinosa no está acortada

Para ello es condición previa indispensable que la mano del explorador sea de un tamaño corriente. En este caso, cuando los dedos están separados al máximo, la distancia entre los extremos del pulgar y del meñique es de unos 23-24 cm. Conviene que cada tocólogo conozca la medida de su palmo y retenga la cifra en la memoria.

Determinación de las medidas pélvicas con el pelvómetro

Deben tomarse las siguientes medidas :

- | | |
|--|-----------|
| 1. ^a Diámetro biespinoso (fig. 21) | 25-26 cm. |
| 2. ^a Diámetro bierestral (fig. 22) | 28-29 cm. |
| 3. ^a Diámetro bitrocantéreo (fig. 23) | 31-32 cm. |
| 4. ^a Diámetro conjugado externo (diámetro de Baudelocque) (fig. 24) | 20 cm. |

1.º Diámetro biespinoso (fig. 21) : distancia entre las dos espinas ilíacas ántero-superiores. En la pelvis normal es de unos 25-26 cm. Para medirla, los botones del pelvómetro (fig. 25) se cogen como una pluma de escribir y se aplican al borde externo de cada espina. La medida se lee en el arco graduado del instrumento.

2.º **Diámetro bicrestal** (fig. 22). Con los botones del pelvimetro se palpan las crestas ilíacas hasta encontrar los puntos más alejados entre sí. En circunstancias normales mide 28-29 cm.

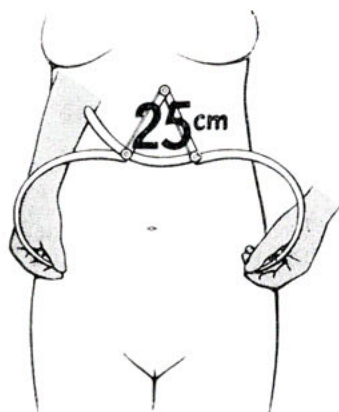


FIG. 21. Diámetro biespinoso

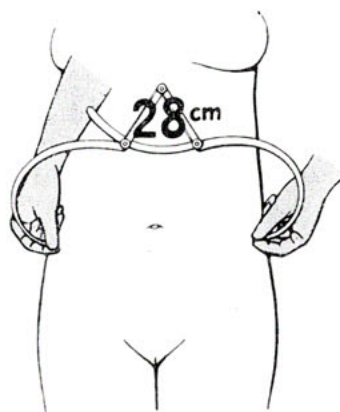


FIG. 22. Diámetro bicrestal

3.º **Diámetro bitrocantéreo** (fig. 23). Es menos importante que los anteriores. Normalmente mide de 31 a 32 cm. Para obtenerlo se palpan los sitios más separados de ambos trocánteros. El medio más fácil para encontrar estas eminencias óseas es haciendo que la mujer mueva las piernas, sobre todo en rotación externa.

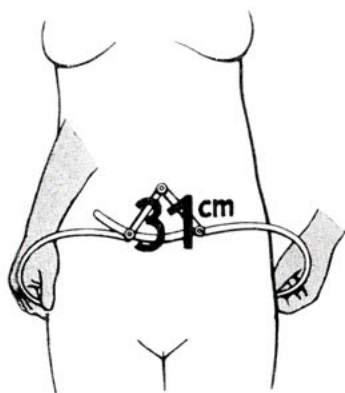


FIG. 23. Diámetro bitrocantéreo



FIG. 24. Diámetro conjugado externo

4.º **Diámetro conjugado externo** (fig. 24). Se mide mejor en la mujer de pie y en posición lateral. Uno de los botones del pelvimetro se aplica a la fosa — generalmente, bien palpable — situada entre la apófisis espinosa de la V vértebra lumbar y la de la I vértebra sacra,

es decir, al punto superior del rombo de Michaelis; el otro botón se aplica en el punto medio del borde superior de la sínfisis. Con frecuencia, el principiante tiene dificultades para

buscar la fosita situada por debajo de la apófisis espinosa de la V vértebra lumbar.

Hay dos procedimientos eficaces para lograr nuestro objetivo :

1.º Con el dedo o el lápiz graso se traza una línea que una los dos puntos más elevados de las crestas ilíacas. La fosita buscada se encuentra a uno y medio traveses de dedo por debajo del punto medio de esta línea.

2.º Se busca en el sacro la cresta sacra media, que se encuentra fácilmente. Por encima de ella se desliza el dedo hacia arriba hasta alcanzar la fosita situada sobre la I vértebra sacra.

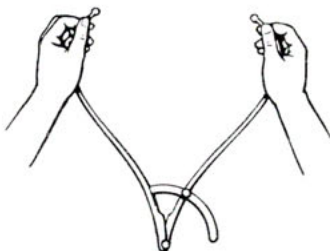


FIG. 25. Pelvómetro de E. Martin

Todas las medidas pélvicas que se determinan por medición externa se refieren a la pelvis **mayor**. El armazón óseo del conducto del parto, es decir, la parte de la pelvis ósea que nos interesa desde el punto de vista tocológico es, sin embargo, la pelvis menor (pág. 77). Cuando hablamos de una pelvis normal o demasiado estrecha nos referimos, siempre tocológicamente, a la pelvis menor, que denominamos *pelvis*.

Es imposible determinar las medidas exactas de la pelvis menor valiéndose de las mediciones externas. Este problema lo resuelve únicamente la roentgenografía. Por ello es de gran importancia la opinión de la mayoría de tocólogos de que entre la pelvis menor — que puede explorarse fácilmente desde fuera — y la pelvis menor — que no puede medirse desde fuera — existen estrechas relaciones anatómicas.

A esto debe añadirse que la importancia de la distancia biespinosa y bicrestal se halla más bien en la **diferencia** entre las mismas que en los valores absolutos de sus cifras.

Si la diferencia es aproximadamente de 3 cm., por ejemplo,

diám. biespin. = 25 cm. y diám. bicrest. 28 cm. } es decir, una di-
o diám. biespin. = 26 cm. y diám. bicrest. 29 cm. } ferencia de 3 cm.,
entonces la pelvis mayor y, con gran probabilidad, también la pelvis menor están normalmente conformadas.

Por el contrario :

Si la **diferencia es aprox.**
1-1,5 cm.,
o si los **valores son iguales**
o incluso si el diám. bies-
pin. es menor que el diám.
bicrest., hay que suponer

la existencia de una **estrechez por pelvis plana**, es decir, de una pelvis estrecha en el diámetro antero-posterior del estrecho superior (pág. 567).

En la otra forma, igualmente importante, de pelvis estrecha, en la llamada **pelvis totalmente estrecha** (pág. 563), los diámetros externos e internos son más pequeños que los normales ; se trata sencillamente de una pelvis de forma normal, pero de menor tamaño, es decir, una pelvis en miniatura (BUMM).

Deduciendo 8-9 cm. del diámetro conjugado externo es posible determinar, con bastante aproximación, el diámetro conjugado verdadero, o diámetro antero-posterior del estrecho superior. Sin embargo, es importante saber que, según la experiencia, puede suponerse con cierta probabilidad lo siguiente :

Conjugado externo	Conjugado verdadero
Superior a los 20 cm.	Longitud normal.
De 20-19 cm.	Longitud normal o algo más corto.
18 cm. y menos.	Acortado con seguridad.

¡Toda embarazada con un conjugado externo de 18 cm. o menos, debe ingresar en clínica!

La gran mayoría de médicos se preocupan poco o nada de si existe o no una estrechez pélvica. Una vez comprobado el embarazo creen haber terminado su cometido. Sólo un reducido número de facultativos prestan la debida atención a las mediciones pélvicas con toda exactitud, y con ello creen poder predecir el curso del parto si existe una estrechez pélvica. Ambos métodos son falsos.

Según nuestra opinión, nada debe objetarse contra la « **medición** » de la pelvis si se tiene el convencimiento de que con ello **nunca puede predecirse el curso del parto** — a excepción de la pelvis absolutamente estrecha — y que no depende en absoluto de medio centímetro, porque — para expresarlo con las palabras de ROSTHORN — no se puede medir la pelvis, sino tasar sus dimensiones. El curso del parto viene determinado por la coincidencia de los tres factores del mismo (feto, pelvis y contracciones) (pág. 995).

Hay que aclarar, sin embargo, que la medición externa de la pelvis sólo da una visión aproximada de la forma y tamaño de la misma. A pesar de todo, damos gran valor a la medición externa cuidadosa de la pelvis, ya que nos acostumbra a distinguir las anomalías pélvicas.

De la inspección y « medida » de la pelvis debemos retener lo siguiente, como dato práctico importante para el pronóstico del parto :

Si el rombo de Michaelis tiene una forma normal y el diámetro conjugado externo es superior a 18 cm., no existe estrechez pélvica.

Esta regla no se refiere a las raras estrecheces pélvicas dependientes de una formación tumoral de la pelvis menor.

II. Exploración vaginal

En los cuatro primeros meses del embarazo, el diagnóstico de éste se basa principalmente en la exploración vaginal, que debe realizarse en la mesa ginecológica de reconocimiento. A partir del quinto mes, y aparte los casos excepcionales, el reconocimiento se realiza en el sofá de exploración.

||| **Para la exploración vaginal es indispensable que la vejiga de la orina esté vacía.**

La exploración vaginal consta de las partes siguientes :

- 1.^a Exploración de la entrada vaginal, vulva y periné.
- 2.^a Exploración con el espéculo.
- 3.^a Tacto vaginal.
- 4.^a Exploración bimanual.
- 5.^a Palpación pélvica.

Después de la exploración vaginal se procede a la

6.^a Apreciación del ángulo púbico. ¿Qué mano debe introducirse en la vagina? Pues, alternativamente, una u otra. Los autores antiguos (HEGAR, LEOPOLD) exigían que cada mujer fuese explorada antes con la mano izquierda, y luego con la derecha, primero por vía vaginal, y después por vía rectal.

||| **Una regla importantísima es que la exploración vaginal no ha de ser nunca dolorosa, sino que debe realizarse suavemente y con la máxima precaución.**

Ello es necesario no sólo en interés de la embarazada, sino también en el del óvulo fecundado, cuya fijación al útero en las primeras semanas no es siempre muy sólida.

Nosotros exploramos primeramente con un solo dedo, y si la vagina es bastante amplia, introducimos también el segundo dedo.

La exploración vaginal debe realizarse siempre con guantes estériles.

1. EXPLORACIÓN DE LA ENTRADA DE LA VAGINA, VULVA Y PERINÉ

Se separan los labios menores y se examina el introito (¡con luz diurna!), en busca de la lividez (primer signo vaginal) (pág. 3), así como también la región del rodete uretral, por si existe el signo de

Labhardt (pág. 3). Al mismo tiempo se inspecciona la vulva por si hubiesen úlceras y condilomas. Después se lleva a cabo la inspección del periné (alto, bajo, cicatrizal). Sigue luego la

2. EXPLORACIÓN CON EL ESPÉCULO

Esta exploración es indispensable en los primeros meses del embarazo. Por medio de ella puede observarse con gran comodidad el segundo signo vaginal, es decir, la lividez de toda la vagina, así como de la porción vaginal del cuello uterino. Moviendo lentamente, de un lado para otro, las dos valvas del espéculo que despliegan la vagina, podemos ver (con luz diurna) primero la pared vaginal anterior, y luego la posterior. Por otra parte, es indispensable la inspección del hocico de tenca con el espéculo para establecer el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino. Debe tenerse en cuenta que:

De cada cien mujeres con carcinoma de cuello uterino, veinticinco no han alcanzado todavía los 40 años.

Es también importante comprobar si el hocico de tenca tiene la forma de una depresión o fosita (primípara) o de una hendidura transversal (multipara) (pág. 71).

3. TACTO VAGINAL

Consiste en palpar la vagina con uno o dos dedos. Mediante esta exploración se examinan el tercer signo vaginal — aspereza aterciopelada de la superficie de la vagina (pág. 3) — y el cuarto — la vagina es más amplia y dilatada (pág. 4) —, así como también la forma y características del cuello uterino, examen del signo del bastón y del paño (pág. 11). Como todas las exploraciones, el tacto debe realizarse muy suave y ligeramente. Nunca nos cansaremos de repetirlo. Además:

||| ¡No debe tocarse nunca la sensible región del clítoris y el orificio uretral!

Al penetrar con los dedos debe evitarse rozar el borde anterior de la entrada de la vagina, lo cual se consigue si al llegar a la pared posterior de la vagina se empuja, desde el primer momento, hacia el periné.

4. EXPLORACIÓN BIMANUAL

Toda embarazada debe ser explorada una vez bimanualmente por vía vaginal. Esta exploración debería realizarse, a ser posible, en los tres primeros meses del embarazo.

Tal exploración es útil:

- 1.º Para comprobar si existe o no embarazo **intrauterino**.
- 2.º Para cerciorarnos de la situación del útero, es decir, si está en **posición normal de anteflexoversión** o, por el contrario, para comprobar una **retroflexión del útero grávido** (pág. 30).
- 3.º Para la **palpación de la pelvis** (pág. 35).

Si se ha comprobado embarazo en un útero en posición normal, se determina el **tamaño del mismo** (compárese el cuadro sinóptico de la página 5) y se compara éste con los datos que da la embarazada.

En caso de discrepancia entre el resultado de la exploración y el de la anamnesis, debe tenerse en cuenta, desde el punto de vista del **diagnóstico diferencial**, las siguientes **consideraciones**:

Útero más pequeño con hemorragias: **aborto** (inminente, incipiente, incompleto, completo).

sin hemorragias: **aborto retenido** (pág. 457).

Útero mayor. **mola vesiculosa, hidramnios, gemelos?**

A continuación se examina el reblandecimiento y cambios de consistencia del útero (pág. 7).

De los signos uterinos probables de embarazo
los más seguros son
estos tres: **aumento de tamaño del útero,**
reblandecimiento del mismo y
cambios de consistencia.

Por lo que se refiere al diagnóstico muy probable del embarazo, siguen después, por orden de frecuencia, los signos de **Holzapfel, Hegar, Piskaček, Gauss** y el signo del **bastón y del paño** (págs. 7-10).

Los signos de **Noble, Loenne y Ostlander** (págs. 7, 8 y 10) son accesorios (compárese el esquema de la página 12). El signo de **Pinard** es un signo tardío del primer período del embarazo, y se presenta con mayor seguridad desde finales del cuarto mes (pág. 11).

Si el diagnóstico es dudoso, debe expresarse con toda claridad, y pedir a la mujer que se presente, cuatro semanas después, a nuevo reconocimiento, o bien efectuar las

reacciones biológicas del embarazo,

que constituyen procedimientos para comprobar la existencia de hormona coriónica gonadotropa (hormona placentaria) en la orina o en el suero sanguíneo de la embarazada, mediante ensayos en animales. En lugar de la reacción ideada por **Aschheim y Zondek** (1928) se realiza en la actualidad la **prueba de la rana**, cuya seguridad es casi igual (99 %). La reacción es positiva de seis a ocho días después de no presentarse la menstruación esperada. Los pormenores técnicos de estas pruebas pueden encontrarse en cualquier manual. En los casos positivos, esta reacción sólo indica que la mujer está embarazada, pero no si el óvulo fecundado se halla en el útero o en la trompa — forma más frecuente de la gravidez extrauterina —. Esta cuestión únicamente puede aclararse por medio de la exploración vaginal bimanual, y con frecuencia sólo después de algunas semanas.

Si de la anamnesis o del resultado de la exploración se sospecha un embarazo extrauterino, para aclarar definitivamente el diagnóstico es indispensable la observación en clínica.

Cuando el diagnóstico de embarazo es poco claro, da buenos resultados la

curva de temperatura (medida de la temperatura basal).

La curva de la temperatura basal de una mujer sana y sexualmente madura sigue un curso por debajo de 37° C. en la fase de proliferación del ciclo, y por encima de 37° C. en la fase secretora. La elevación térmica es debida a la acción de la hormona del cuerpo amarillo. Poco antes de comenzar la menstruación, la temperatura desciende de nuevo por debajo de 37° C. Si hay embarazo, persiste la fase de cuerpo amarillo, y la temperatura basal queda, como mínimo, a la misma altura por encima de 37° C., pero en la mayoría de los casos asciende una o dos décimas más.

Modo de realizarla. Se toma la temperatura por la mañana, con la mujer todavía en cama. La temperatura se mide por vía rectal (no en la boca), y el termómetro se deja aplicado cinco minutos. Los resultados sólo pueden tomarse en consideración si no existe ningún estado patológico que pueda producir un aumento de la temperatura.

Cuando se sospecha la existencia de un embarazo — ante una amenorrea, por ejemplo —, se mide la temperatura basal por lo menos durante tres días seguidos. Si ésta permanece por debajo de 37° C., es un signo en contra de embarazo, mientras que si la temperatura se halla por encima de 37° C., habla en favor de embarazo. Pero como podría tratarse también de un período premenstrual dilatado, es necesario volver a tomar la temperatura a los ocho o diez días.

Si a los ocho días la temperatura permanece elevada, es muy probable que se trate de un embarazo. Si después de quince días es aún elevada, el embarazo es entonces casi seguro.

Retroflexión del útero grávido

La experiencia demuestra que es bastante difícil comprobar un embarazo incipiente si existe una retroflexión uterina. A causa del corrimiento del cuerpo uterino hacia atrás, con acodamiento simultáneo en la parte cervical, el órgano escapa a la palpación bimanual. La mano que palpa por dentro nota, desde luego, la pared posterior del cuerpo del útero a través del fondo de saco vaginal posterior, pero la mano de fuera no llega (o apenas lo hace) a la pared anterior de este órgano hasta mediados del segundo mes. En caso de notable acodamiento del útero, es tan difícil determinar su tamaño que con frecuencia no pueden obtenerse datos seguros, y es necesario que la mujer vuelva a las cuatro semanas para someterse a un nuevo reconocimiento. Naturalmente, la anchura de la pared posterior del útero que se palpa desde la vagina, así como su cambio de consistencia, nos indican también que hay embarazo.

Una vez asegurado el diagnóstico de retroflexión del útero grávido, hay que informar a la embarazada de este hallazgo y de sus peligros, e indicarle claramente lo que debe hacer. Hay que decirle que en la mayoría de los casos el cuerpo del útero grávido acodado hacia atrás se endereza por sí solo al seguir creciendo, pero que a partir del tercer mes debe ser explorada a cortos intervalos para ver si se produce realmente el enderezamiento espontáneo.

||| En la mayoría de casos de retroflexión del útero grávido, este órgano se endereza por sí mismo y asciende espontáneamente a la pelvis mayor.

Si el útero no está muy acodado y fijado hacia atrás, no es necesario, momentáneamente, ningún tratamiento. Para conocer con exactitud su movilidad se **intentará elevar** el útero con precaución por medio de un dedo, que se introduce en el fondo de saco vaginal posterior.

El tiempo óptimo para el tratamiento es a partir de la mitad del tercer mes del embarazo :

En los casos de retroflexión del útero grávido es necesario realizar semanalmente un examen de comprobación a partir del tercer mes.

Si se produce el enderezamiento espontáneo del útero, éste debe examinarse con frecuencia hasta la mitad del quinto mes del embarazo. Si se nota con claridad que el útero ha rebasado la línea terminal de la pelvis — que coincide con el estrecho superior —, no existe peligro de una recaída. Esto suele suceder entre la decimosexta y la decimoctava semana del embarazo.

Si al final del tercer mes, es decir, entre la undécima y duodécima semanas, el cuerpo del útero no muestra tendencia alguna a ascender espontáneamente, es preciso actuar. En el curso del cuarto mes el útero llena la excavación pélvica, y entonces es cuando pueden aparecer los **síntomas de encarceración** (véase más adelante). Entonces se procede del siguiente modo :

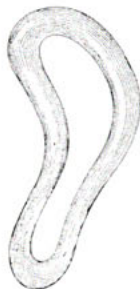


FIG. 26. Pesario de Hodge

1.º Puede intentarse el enderezamiento del útero sin anestesia en posición genupectoral: la vejiga debe vaciarse previamente. Se tiene dispuesto un pesario de Hodge estéril (fig. 26). La embarazada se coloca en posición genupectoral. Los dedos índice y medio, introducidos en la vagina, empujan suavemente, pero con firmeza, el cuerpo uterino fuera del Douglas; el cuerpo uterino cae entonces hacia la mano de fuera, que lo recibe. Sólo hay que actuar con las manos; las pinzas no deben utilizarse, a causa de la gran friabilidad de los tejidos. A continuación se introduce y coloca el pesario de Hodge. Para mayor seguridad conviene que la embarazada permanezca **ocho días en cama: además, se le prescribe opio. Más tarde se lleva a cabo una nueva exploración para comprobar si el pesario se mantiene bien colocado y si el cuerpo uterino permanece por detrás de la sínfisis púbica. El pesario no debe retirarse nunca hasta mediados del quinto mes (es decir, en la decimoctava semana del embarazo).**

Después de la decimoctava semana del embarazo, el útero enderezado ya no puede retroceder hacia el Douglas.

2.º Enderezamiento mediante anestesia general. Si el primer intento fracasa, el cuerpo uterino acodado puede reducirse mediante **anestesia profunda con éter-cloretilo**. Se realiza, en posición corriente, en la mesa ginecológica de reconocimiento. Se procede del modo antes

indicado. Si tampoco se puede enderezar de esta forma (retroflexión fija), queda todavía la

3.º **Laparotomía (antefijación)**, ya que de lo contrario se produce siempre el aborto o el enclavamiento en la pelvis menor (incaeración del útero grávido en retroflexión). Hemos de saber que los

síntomas de incaeración

consisten en molestias de la vejiga de la orina a causa, primero, de la dificultad de vaciarla, y de la imposibilidad absoluta después.

En toda embarazada que se queje de retención de orina o de dificultad para vaciar la vejiga, debe pensarse inmediatamente en la incaeración de un útero grávido en retroflexión.

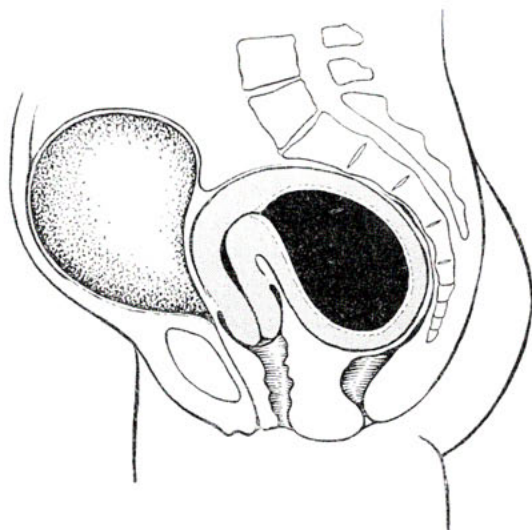


FIG. 27. Incaeración del útero grávido en retroflexión

La elevación del cuello uterino (fig. 27) produce la compresión y enclavamiento de la uretra y, con ello, la

retención de orina (iscuria) ⁽¹⁾

con estancamiento e infección consecutiva de la misma y, posteriormente, hiperdilatación, isquemia secundaria y necrosis de la pared vesical. Según STOECKEL — que ha estudiado especialmente este asunto —, dicho cuadro patológico puede terminar de las tres maneras siguientes :

1.ª Por infección ascendente de las vías urinarias.

(1) ἴσχω, retener, y οὐρον, orina.

- 2.^a Por **desbordamiento hacia fuera de la vejiga hiperdistendida, a pesar de la compresión uretral**. Existe un goteo continuo de orina, estado que se denomina **iscuria paradójica**, a causa de la simultánea encarceración de la uretra. Las consecuencias de ello son la infección ascendente, gangrena y septicemia.
- 3.^a Por **ruptura de la vejiga**, con derrame de la orina en la cavidad abdominal, lo cual significa, generalmente, la muerte de la mujer.

La retroflexión del útero grávido encarcerado es un estado que pone en gran peligro la vida de la embarazada.

En el caso de que se presenten los síntomas, incluso más ligeros, de este estado, debe intervenir **en seguida**.

La exploración da por resultado el hallazgo sorprendente y característico de **dos tumores** — uno encima de otro —, uno de los cuales llena el Douglas, que aparece tenso (útero grávido encarcerado); el otro está situado por encima (vejiga hiperdistendida).

Si en la región inferior del abdomen de una embarazada se palpan dos tumores tensos — uno encima de otro —, uno en el Douglas y el otro entre la sínfisis y el ombligo, se debe pensar en seguida en un útero grávido encarcerado, con la vejiga en estado de repleción.

Lo más urgente e importante es la evacuación de la vejiga, y esto puede lograrse con el **catéter masculino** (largo y semirrígido, o metálico), que se introduce suavemente y con precaución, pues existe el peligro de abrir una falsa vía. Dicho catéter debe dirigirse con dos dedos, que se introducen en la vagina: la orina se dejará fluir lentamente, ya que si se vacía con mucha rapidez, se producen hemorragias en las partes gangrenadas. Si no es posible vaciar la vejiga con el catéter, se hará mediante la **punción suprasinfisaria**.

Una vez vaciada la vejiga, se endereza el útero mediante anestesia general y se aplica un pesario. Si no se consigue enderezar el útero, hay que proponer la **intervención quirúrgica**, o sea, la laparotomía. Si existe alguna **contraindicación** para operar, no queda más remedio que reducir el contenido del útero mediante la **punción del mismo** con una aguja larga y delgada desde el fondo de saco vaginal posterior, a través de la pared posterior del cuerpo uterino, y extraer el líquido amniótico. El médico consciente aconsejará que se lleve a cabo esta intervención en una **clínica**, para evitar la sospecha de que se trate de una operación prohibida.

Con ello termina la exploración vaginal propiamente dicha. La mujer en la que se ha comprobado un embarazo incipiente está todavía en la silla ginecológica, por lo que podemos aprovechar la ocasión para palpar el interior de la pelvis menor con breves y rápidas maniobras.

5. PALPACIÓN DE LA PELVIS

En estas maniobras debe contestarse a las siguientes preguntas :

1. **Primera pregunta importantísima:** Al introducir los dedos índice y medio en la vagina, ¿se alcanza o no se alcanza el promontorio

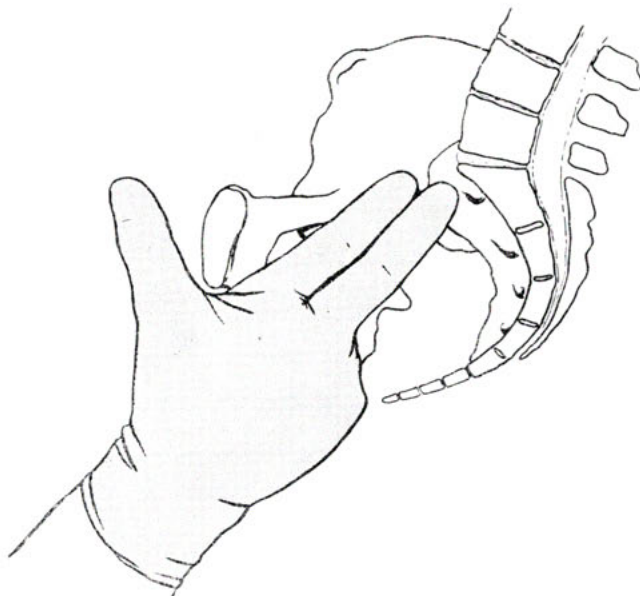


FIG. 28. Palpación de la pelvis. El dedo medio no alcanza el promontorio. La pelvis no puede estar estrechada en el estrecho superior

con el dedo medio? En este último caso no cabe sospechar la existencia de un acortamiento del diámetro conjugado verdadero (figuras 28 y 29). (1)

**En una pelvis normalmente conformada, el dedo medio
introducido en la vagina no puede alcanzar
el promontorio**

Si se alcanza el promontorio, existe un acortamiento del diámetro conjugado verdadero. Esta comprobación es suficiente para desaconsejar el parto en el domicilio familiar ya que entonces constituye una absoluta necesidad la asistencia tocológica en clínica.

Todas las mujeres en las que se alcanza el promontorio con el dedo medio, deben ingresar en clínica para dar a luz.

Esto puede aplicarse también, naturalmente, a los casos en que el promontorio se alcanza ya con el dedo índice.

Con estos datos quedan aclarados los problemas más importantes, y con ello el médico termina la palpación pélvica. Recurriendo a la misma maniobra, el especialista medirá el conjugado diagonal y el conjugado verdadero (para su ejecución véase la página 37). Para ello es condición previa indispensable que se alcance el promontorio con un dedo, lo cual sólo se consigue en las pelvis estrechas.

Está terminantemente prohibida la exploración vaginal en la práctica a domicilio durante las cuatro últimas semanas del embarazo, ya que en esta época debe evitarse en lo posible tocar la vagina.

Deben contestarse, además, las siguientes preguntas (fig. 29) :

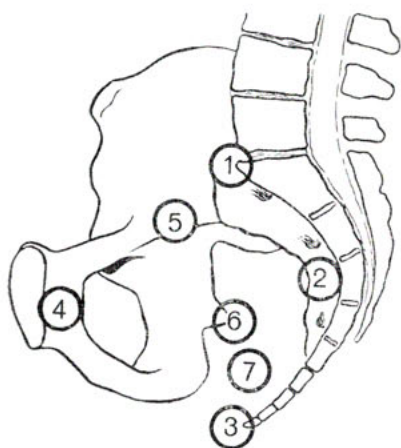


Fig. 29. Esquema para la palpación de la pelvis

2. **La pared anterior del sacro**, ¿es saliente o aplanada? ¿Se encuentran exostosis, tumores o prominencias transversales en su cara anterior?
3. Respecto al **cóccix**: ¿Es bien movable, prominente, y está acodado en ángulo recto con el sacro?
4. Respecto a la **cara posterior de la sínfisis del pubis**: ¿Parece la sínfisis especialmente gruesa? ¿Se encuentran prominencias óseas llamativas, como, por ejemplo, una cresta saliente hacia dentro? ¡No es raro encontrar exostosis en esta región!

5. Respecto a la **línea innominada** de la pelvis : ¿Puede alcanzarse? En la pelvis normal no se puede llegar a las partes laterales de línea innominada. ¿Es dicha línea igualmente redondeada en ambos lados, o es más plana en un lado que en otro?
6. Respecto a las **espinas ciáticas**: ¿Se palpan fácil o difícilmente? ¿Forman saliente? La distancia entre ellas, ¿es normal o está disminuída? Esto último significa un estrechamiento transversal de la llamada *pelvis menor*, es decir, una pelvis infundibuliforme (rara).

7. Respecto a la **palpación de las partes blandas** (suelo de la pelvis, aparato ligamentoso): ¿Son flexibles o muy tensas? ¿Hay infiltraciones, formaciones cicatrizales?

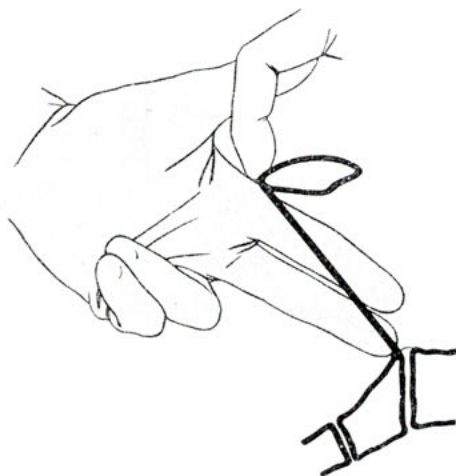


FIG. 30. Determinación del diámetro conjugado verdadero, midiendo el conjugado diagonal

Todas estas preguntas pueden contestarse pasando suavemente dos dedos por las paredes pélvicas. La palpación de la pelvis no puede aprenderse solamente en los libros. El maestro debe estar al lado del principiante y enseñarle la diferencia que existe entre lo normal y lo que no lo es.

Determinación del diámetro conjugado verdadero

Durante el embarazo o al principio del parto, cuando la cabeza no se ha encajado todavía, se explora en ocasiones por vía vaginal para determinar el conjugado verdadero. Después de los preparativos usuales (pág. 206) se introducen en la vagina los dedos índice y medio de la mano izquierda y se dirigen hacia el promontorio, que alcanzaremos con el dedo medio en caso de estrechez del conducto óseo del parto (fig. 30). Con la uña del dedo índice derecho se marca en el índice explorador el sitio en el cual éste se adosa al borde inferior de la sínfisis. Se saca el índice sin

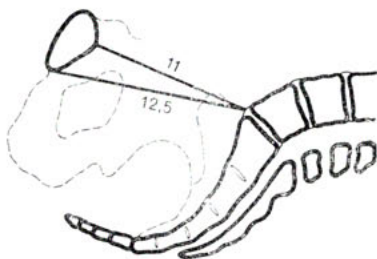


FIG. 31. Diámetros antero-posteriores más importantes del estrecho superior. **Conjugado verdadero** (obstétrico, distancia entre el centro del promontorio y la parte más cercana en el borde posterior de la sínfisis = normal, 11 cm.); **diámetro conjugado diagonal** (distancia entre el centro del promontorio y el borde inferior de la sínfisis = 12,5-13 cm.)

modificar la postura de ambas manos. Con el pelvómetro se mide la distancia que hay desde el sitio marcado hasta la punta del dedo medio. Esta medida corresponde a la longitud del conjugado diagonal (figura 31). Esto permite calcular el conjugado verdadero deduciendo 1,5-2 cm., es decir, que

conjugado verdadero = conjugado diagonal - 1,5 (2) cm.

A esto debe añadirse algo muy importante :

En las últimas cuatro semanas antes del parto, la exploración vaginal y la determinación, por palpación, del conjugado verdadero y de la pelvis, no deben efectuarse de ningún modo fuera de la clínica.

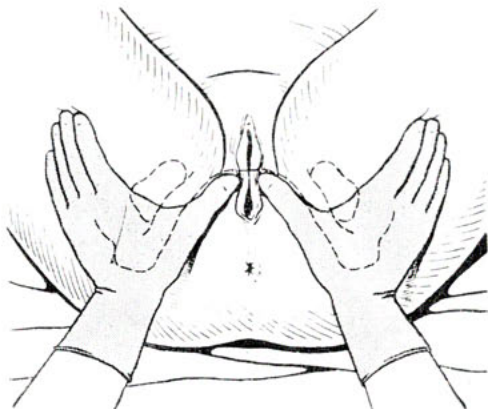


FIG. 32. Forma del ángulo del arco púbico

Debe procederse así a causa del gran peligro de infección que puede producirse por los gérmenes propios que son llevados hacia arriba. En vez de la exploración vaginal se realiza entonces, si es necesario, la palpación **rectal** de la pelvis. Si mediante dicha exploración se alcanza el promontorio, ello constituye un indicio o prueba de una estrechez pélvica, que también se hubiese obtenido con la exploración vaginal.

Después de la palpación pélvica, y con la mujer todavía en la silla ginecológica, se procede a la

6. DETERMINACIÓN DEL ÁNGULO PÚBLICO

cuya técnica se deduce de la figura 32. La pelvis normal tiene un ángulo púbico recto (fig. 33) ; la pelvis plana raquítica muestra un ángulo ancho y obtuso (fig. 34), y la pelvis totalmente estrecha, un ángulo púbico estrecho y agudo (fig. 35).

III. Examen de la orina, presión sanguínea, registro del peso, exploración de los factores sanguíneos y en relación con la sífilis (reacción de Wassermann)

Éstos son los pilares básicos en toda exploración del embarazo. Las tres primeras exploraciones deben llevarse a cabo, cuidadosamente, cada vez que se reconoce a una embarazada.



FIG. 33. Arco púbico en ángulo recto, en la pelvis normal

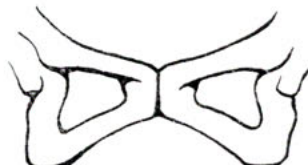


FIG. 34. Arco púbico en ángulo obtuso, ancho, en la pelvis plana raquíptica

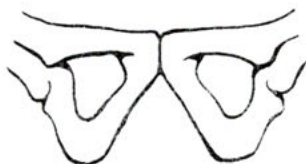


FIG. 35. Arco púbico estrecho, en ángulo agudo, en la pelvis totalmente estrecha

El que explora a una embarazada sin examinar la orina, ni tomar la presión sanguínea sin determinar el grupo sanguíneo y el factor rh (pág. 68) y sin vigilar el peso, comete una falta contra el arte tocológico.

La forma de realizar estas exploraciones se describe de un modo resumido en la página 64. Los pormenores más importantes sobre la exploración de los factores sanguíneos se han recopilado en la página 68.

Diagnóstico y exploración del embarazo entre los meses quinto y décimo

Respecto a la anamnesis:

Al hacer el interrogatorio se debe añadir una nueva pregunta respecto a los

primeros movimientos fetales.

Debe tenerse en cuenta que :

Los primeros movimientos fetales se notan, en la primípara, alrededor del final de la vigésima semana, es decir, al final del quinto mes; en la multípara, alrededor del final de la vigésima semana, es decir, entre la mitad del cuarto mes y el quinto.

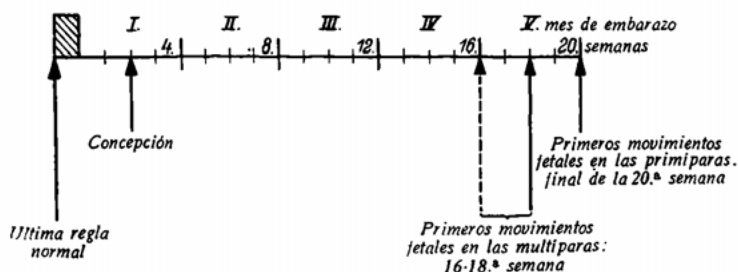


FIG. 36. Esquema de los primeros movimientos fetales en las primíparas y multíparas

No raras veces las multíparas notan ya los movimientos fetales al final de la decimoséptima semana e incluso de la decimosexta.

Como el embarazo, contado desde el primer día de la última menstruación regular (pág. 17), tiene unas 40 semanas de duración (es decir, 280 días ó 10 meses de 28 días), resulta que a

la primípara le faltan aún 20 semanas (4,5 meses de calendario)

la multípara le faltan aún 22 semanas (5 meses de calendario)

hasta la fecha del parto. De aquí se deduce una tercera posibilidad para el cálculo de la fecha del parto (págs. 17-18).

El tocólogo experimentado no concede demasiada importancia al cálculo de la fecha del parto tomando como base los primeros movimientos fetales, por la sencilla razón de que los datos de la embarazada, en este aspecto, son de poca confianza (indolencia, confusión con los movimientos peristálticos rectales, etc.). A ello se añade que muchas embarazadas, especialmente las primíparas, no saben indicar en absoluto el comienzo de los movimientos fetales. En la práctica se determina la fecha del parto a base de los datos de la última menstruación regular (pág. 17) y, sobre todo, del resultado objetivo de la exploración de la embarazada. Si estas indicaciones concuerdan con las de los primeros movimientos fetales, se tiene una mayor seguridad acerca de la fecha del parto determinada con anterioridad. Si esto no sucede, naturalmente que no deben tenerse en cuenta los movimientos fetales.

El cese brusco de los movimientos fetales es un signo que indica la muerte del feto.

En la segunda mitad del embarazo tiene excepcional importancia el interrogatorio acerca de los síntomas subjetivos, que pueden ser indicios de una posible eclampsia : cefalalgias de larga duración, escotoma centelleante, diplopía, hinchazón, sobre todo en la cara y piernas, dolores convulsivos en la región gástrica, con sensación de presión en esta misma zona, náuseas, vómitos, inquietud, aumento de la excitabilidad, insomnio. Hay que preguntar siempre si hay hemorragias, aunque sean mínimas (sospecha de amenaza de aborto o parto prematuro, placenta previa) (pág. 490).

Exploración general

En la

Exploración del abdomen

hay que fijarse (con la embarazada en pie) si el abdomen es en punta (primíparas) o péndulo (multíparas) ; ambos tipos de abdomen pueden hacer sospechar una estrechez pélvica.

En toda primípara con abdomen en punta (fig. 37) y en toda múltipara con abdomen péndulo (fig. 38) debe sospecharse la existencia de una estrechez pélvica.

Hay que tener también en cuenta el tipo de prominencia que presenta el abdomen, sobre todo cuando la mujer está echada :

abdomen ovalado en sentido longitudinal = presentación longitudinal ;
abdomen ovalado en sentido transversal = presentación transversal ;
abdomen ovalado oblicuamente = presentación oblicua ;

Si el volumen del abdomen es al término del embarazo

{ excesivamente grande = fetogrande, gemelos, hidramnios.
 { excesivamente pequeño = feto poco desarrollado, feto muerto, error en el cálculo del tiempo de embarazo.

Para la medición del perímetro abdominal, véase página 63.

En los tres últimos meses del embarazo se presentan en la piel tres modificaciones notables, a saber :

1. Las estrías del embarazo.
2. Las pigmentaciones.
3. La hipertrichosis.



FIG. 37. Abdomen puntiagudo de una primípara con pelvis estrecha



FIG. 38. Abdomen péndulo de una múltipara con pelvis estrecha

1. Las estrías del embarazo (estrías gravídicas) o estrías por distensión de la piel

se presentan en el 90 % de las embarazadas en los tres últimos meses, y se localizan en la parte inferior del abdomen, caderas y mamas, de un modo especial en las mujeres pícnicas. Las estrías recientes son de color rojovioláceo-rosa, y se distinguen bien de las antiguas cicatrices de las múltiparas, que son pálidas y a menudo pigmentadas.

Las estrías del embarazo se consideran hoy como una manifestación, de origen hormonal, de la distensión de las cubiertas abdominales; la distensión desempeña aquí un papel menos importante. El efecto del color rojovioláceo se debe a que las fibras cutáneas elásticas sufren una transformación regresiva, producida y dirigida por las hormonas, que hacen que dichas fibras se separen y desgarran parcialmente. A través de la sutil epidermis que hay por encima de las fibras se transparenta el tejido subcutáneo muy vascularizado.

STRAKOSCH ha indicado que la formación de tales estrías puede evitarse por medio del masaje. Para ello recomienda el sencillo método siguiente :

Por la mañana y por la noche, la mujer, desnuda, se echa en la cama, y con las puntas de los dedos de ambas manos, aplicadas de plano sobre el abdomen, se hacen, con presión moderada, una **serie de movimientos lineales** desde la sínfisis púbica hasta las costillas. En las partes laterales del vientre, estos movimientos deben realizarse en forma semicircular o en arco con la convexidad hacia fuera, y siempre en la dirección de las **líneas cutáneas**. Se ha de procurar que no quede **ninguna parte de la piel sin tratar**. Después se realiza un masaje superficial en las caras interna, anterior y externa del muslo, así como en las caderas y nalgas ; dicho masaje debe **realizarse siempre de abajo arriba**. Antes del ejercicio se espolvorea la piel con polvos de talco o se frota con un poco de aceite. No es aconsejable pellizcar la piel o hacer masaje profundo y amasamiento, porque la experiencia demuestra que es suficiente el masaje lineal realizado con presión adecuada. En vez de los dedos, el masaje puede hacerse con un cepillo blando, pero es más conveniente la presión manual fina y regulable. En las mamas puede efectuarse el mismo masaje lineal en forma radial desde la base de la mama hasta el pezón, aunque debe hacerse con cuidado, dada la sensibilidad de este órgano. Por este motivo no se ha extendido mucho su empleo.

2. Pigmentaciones del embarazo

Se encuentran en los pezones, aréolas y sus alrededores (aréola secundaria), en la vulva, ano y cara (cloasma uterino). La línea alba, al pigmentarse, se convierte en la línea morena abdominal. Las cicatrices quirúrgicas se colorean intensamente de color castaño. Las mujeres morenas se colorean con más intensidad que las rubias. El pigmento cutáneo pertenece al grupo de las melaninas, libre de hierro. La pigmentación se inicia ya en ocasiones en los primeros meses del embarazo.

3. Hipertriosis gravídica

Consiste en el aumento de vello en la cara y abdomen ; se presenta con frecuencia.

En los últimos meses del embarazo hay que observar si aparecen **edemas y varices**.

En la mujer grávida, sobre todo en la segunda mitad del embarazo, normalmente existe una tendencia a la « imbibición y edema » de los tejidos (SEITZ). Estos edemas suelen ser, por lo general, insignificantes. Pero si alcanzan un mayor grado sin que exista participación renal (albúmina, cilindros), se habla de una *hidropesia gravídica pura*, que si dura mucho tiempo, puede lesionar el riñón, por lo que es necesario vigilarlo. Los edemas se forman sobre todo en las extremidades inferiores, vulva y pared abdominal, y más tarde en la cara y manos.

Las **varices** pueden formarse en toda la región tributaria de las venas ilíaca externa e hipogástrica, es decir, en las piernas, vagina y ano (hemorroides).

Seguidamente se realiza la

I. EXPLORACIÓN EXTERNA

A partir del quinto mes, la embarazada no se debe explorar en la silla ginecológica, sino en el sofá de reconocimiento.

La exploración externa comprende la

1. Palpación (pág. 49).

2. Auscultación (pág. 60).
3. Exploración externa de la pelvis (pág. 22), si no se había efectuado antes.
4. Medición del perímetro abdominal (pág. 63).
5. En casos excepcionales, examen roentgenológico (pág. 64).

Antes de comenzar la exploración se ha de conocer la situación del fondo del útero en los distintos meses del embarazo.

El fondo del útero está (fig. 39)

- ||| al final del **cuarto mes**: uno o dos traveses de dedo por encima de la sínfisis púbica ;
- ||| al final del **quinto mes**: dos o tres traveses de dedo por debajo del ombligo

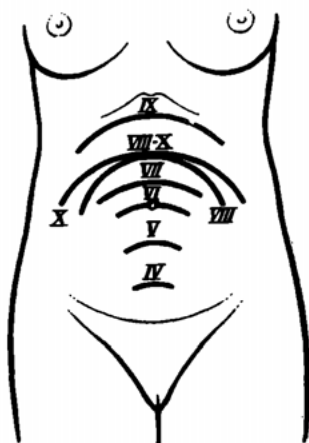


FIG. 39. Altura del fondo uterino al final de los diversos meses lunares

al final del **sexto mes**: exactamente a la altura del ombligo.
 La comprobación del « fondo uterino a la altura del ombligo » es de gran importancia y conviene retenerlo en la memoria, porque el fondo del útero llega a este nivel, con sorprendente exactitud, a los seis meses de embarazo. Al contrario de lo que sucede en el primer período del embarazo, se puede determinar muy exactamente la fecha del mismo a partir del sexto mes, por el nivel que alcanza el fondo del útero.

- ||| Al final del **séptimo mes**: dos o tres traveses de dedo por encima del ombligo ;

al final del **octavo mes**: en la parte media entre el ombligo y la punta del apéndice xifoides ;

al final del **noveno mes**: junto al arco costal, que es la máxima altura que alcanza el fondo del útero ;

al final del **décimo mes**: uno o dos traveses de dedo (a veces tres) por debajo del arco costal derecho, es decir, aproximadamente a la misma altura que al final del octavo mes.

En los primeros días del décimo mes, el fondo del útero desciende al mismo nivel que tenía al final del octavo mes. Contando desde el momento en que desciende el fondo del útero, faltan todavía tres o cuatro semanas para el parto. (En las primíparas, con más frecuencia cuatro semanas ; en las multiparas, tres.)

Pregunta importante :

¿Se trata de un embarazo en octavo o décimo mes?

Cuando el fondo del útero está situado en el punto medio entre el ombligo y el apéndice xifoides, surge el problema, muy importante — sobre todo cuando del interrogatorio sobre la menstruación no se obtienen datos seguros —, de si se trata de un embarazo de octavo o décimo mes ; la pregunta puede plantearse en otros términos : ¿Ascenderá todavía el fondo del útero, o ha descendido ya? El que ha explorado muchas embarazadas sabe ya, a las primeras maniobras, de qué mes de embarazo se trata. Al menos experto se le recomienda proceder siguiendo el esquema siguiente :

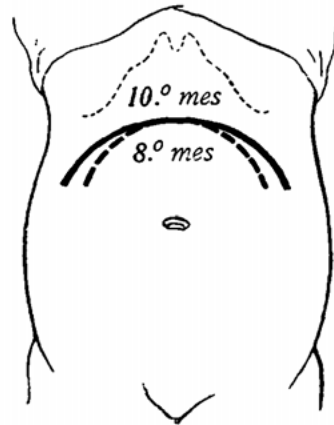


FIG. 40. ¿Se trata del octavo o del décimo mes de embarazo?

Diferenciación entre el octavo y décimo mes de embarazo

I. Debe interrogarse con insistencia acerca de los siguientes signos subjetivos :

- 1.º ¿No estuvo ya antes el abdomen más elevado? ¿Cuándo ha descendido?
- 2.º ¿Ha notado hace algún tiempo que la cinturilla de la falda no se podía cerrar, que su respiración era más pesada, especialmente al subir escaleras, y que, sobre todo después de las comidas, notaba opresión en el estómago?

¿Desde cuándo { puede cerrar de nuevo la cinturilla?
se ha aligerado la respiración?
ha cedido la presión gástrica?

- 3.º ¿Desde cuándo nota usted **presión sobre la vejiga**? Esta presión suele presentarse coincidiendo con el descenso del abdomen, y persiste en las tres o cuatro últimas semanas, es decir, hasta el parto. Respecto a las relaciones entre la cabeza fetal y la vejiga, véase la página 92.

II. Signos objetivos :

- 1.º Entre el octavo y el décimo mes de embarazo, el signo más importante, en la exploración, depende de la **relación entre la cabeza fetal y la pelvis**.
En las primíparas, la cabeza fetal no tiene ningún contacto con la pelvis en el octavo mes, y puede movilizarse libremente por encima del estrecho superior. En el décimo mes ha penetrado en la pelvis y está más o menos encajada en la misma.
En las múltiparas, la cabeza fetal no tiene tampoco contacto con la pelvis en el octavo mes ; por el contrario, en la mayoría de los casos la cabeza está « insinuada » en el décimo mes y no puede moverse libremente por encima del estrecho superior, sino que tiene contacto, aunque mínimo, con el mismo.
- 2.º El **tamaño de la cabeza fetal** constituye también un buen signo. Incluso el principiante se da cuenta en seguida de si la cabeza es de tamaño normal (fin del décimo mes) o es bastante más pequeña (fin del octavo mes).
- 3.º **Tamaño del feto**. Al final del octavo mes el feto da la impresión de pequeñez, y se nota también — aun sin gran experiencia — que no es un feto maduro, tal como se presenta al final del décimo mes.
- 4.º El **perímetro abdominal** es el siguiente (pág. 63) :
al final del octavo mes, unos 94 cm. ;
al final del décimo mes, unos 100-105 cm.
- 5.º **Forma del fondo** del útero. Al final del décimo mes es bastante más ancho, y sobresale más que al final del octavo mes.
- 6.º El **ombligo** tiene
al final del octavo mes la forma de una depresión o fosita ;
al final del décimo mes está borrado, e incluso en ocasiones es saliente.
El signo del ombligo no es seguro. No raras veces el ombligo está deprimido incluso al empezar el parto.

7.º Si se contempla la **silueta** de la embarazada en pie — es decir, el contorno de su abdomen —, se observa una notable diferencia (fig. 41). Después del descenso del fondo uterino (fig. 42), el abdomen ha descendido asimismo y es más saliente.



Figs. 41-42. Siluetas de una embarazada antes y después del descenso del abdomen

El descenso del abdomen al comenzar el décimo mes de embarazo depende de **cuatro factores etiológicos**:

- 1.º La **cubierta abdominal** se vuelve más flácida al comenzar las tres-cuatro últimas semanas antes del parto, porque sus tejidos se hallan entonces sometidos a influencias hormonales más intensas que antes.
- 2.º El **feto se encaja más profundamente**, porque en los partos de las primíparas en presentación cefálica la cabeza desciende más o menos profundamente en la pelvis a consecuencia de las contracciones uterinas del embarazo — las llamadas *contracciones de descenso* —, que en este período son más intensas (pág. 91). En las multiparas, la cabeza desciende mucho menos, y aunque también se pone en contacto con la pelvis, casi nunca penetra en la misma, sino que se coloca encima.
- 3.º **Todo el útero desciende más profundamente**. Este síntoma, conocido ya de antiguo, lo explica actualmente W. WOLF (Friburgo) del siguiente modo: Este movimiento uterino de la pelvis hacia dentro es producido por la actuación funcional del aparato ligamentoso istmo-cervical. Dicho aparato ligamentoso se acerca desde la pared de la pelvis no sólo al segmento inferior del útero y al cuello (concepto antiguo) (fig. 43), sino que sus fibras se irradian hacia el interior de estos sitios y estrechan la luz del útero (fig. 44). La cabeza, encajada más profundamente, obliga

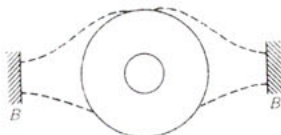


FIG. 43

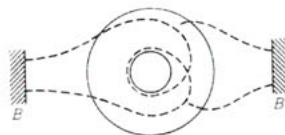


FIG. 44

FIG. 43. Curso de las fibras de tejido conjuntivo del parametrio, según el antiguo concepto

FIG. 44. Curso de las fibras del tejido conjuntivo del parametrio en la región del segmento inferior del útero, representado esquemáticamente en un lado (según GOERTTLER). B = pared pélvica

a desplegarse al segmento inferior del útero. Este despliegue incorpora al útero algunas partes de las fibras ligamentosas situadas antes fuera de la pared del segmento inferior del útero, y ahora incluídas en la pared uterina. De este modo se acorta el trayecto de las fibras que corren libremente desde el parametrio a la pared pélvica del segmento inferior

del útero — mecanismo en bolsa de tabaco —, lo cual atrae forzosamente a dicho órgano dentro de la pelvis y hace descender el fondo (fig. 45).

- 4.º El útero disminuye algo de tamaño a consecuencia del aumento de tono que se inicia en esta época, y cuya causa es la disminución de progesterona en las cuatro últimas semanas.

En las multiparas no se observa siempre de un modo tan claro el descenso del abdomen al principio del décimo mes. Ello se debe a que en dicha época la cabeza no penetra todavía en la pelvis, sino que se queda por encima, y porque en dichas embarazadas las cubiertas abdominales son muy flácidas desde un principio y no pueden aumentar mucho su flaccidez.

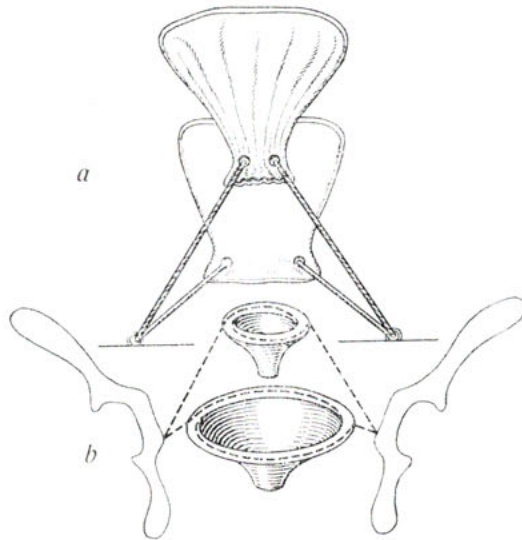


FIG. 45. Representación esquemática del mecanismo en bolsa de tabaco, de W. Wolf, para demostrar el cierre y apertura del cuello del útero. (Modificado por LANGREDER, *Arch. Gynäk.*, 177) (1950)

Como el parto suele empezar, bastante regularmente, tres o cuatro semanas después del descenso del abdomen, tenemos en este signo un buen dato para calcular la fecha del parto. De las

cuatro posibilidades para calcular la fecha del parto,

- a partir:
- 1.º del primer día de la última menstruación regular (pág. 17);
 - 2.º del día del coito que ha producido este embarazo (pág. 18);
 - 3.º de la fecha de los primeros movimientos fetales (pág. 40);
 - 2.º de la fecha del descenso del abdomen (página 44),

la más segura es esta última. Por ello es de gran importancia advertir con bastante anterioridad a la embarazada — lo más tarde, al prin-

cipio del noveno mes — que se espera el descenso del abdomen, y recomendarle que observe y anote esta fecha (el descenso se presenta en ocasiones repentinamente, aunque, por lo general, se produce en uno-tres días).

Seguidamente se realiza la

1. Palpación

Las cuatro maniobras de Leopold

Para llevarlas a cabo, la embarazada debe estar echada en el sofá de reconocimiento. En las maniobras primera a tercera, el explorador se coloca al lado derecho o izquierdo de la embarazada, en el borde

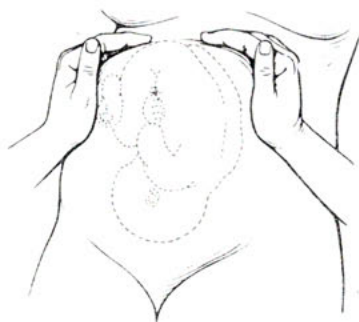


FIG. 46
Primera maniobra de Leopold



FIG. 47
Segunda maniobra de Leopold



FIG. 48
Tercera maniobra de Leopold



FIG. 49
Cuarta maniobra de Leopold

del sofá y frente a la cara de aquélla. Para llevar a cabo la cuarta maniobra, el tocólogo se coloca al lado de la embarazada, de espaldas a la misma.

Primera maniobra. Como muestra la figura 46, el explorador hunde las manos en las paredes del abdomen de modo que sus bordes cubitales abarquen por completo el fondo del útero. Ambas manos se tocan casi por las puntas de los dedos, aunque a veces estén más

o menos separadas. Con esta maniobra puede contestarse a las dos preguntas siguientes :

1.^a **¿A qué altura está el fondo del útero?** Esto constituye un buen dato para fijar la fecha del embarazo (acerca del nivel del fondo uterino en los diversos meses del embarazo, véase la página 44).

2.^a **¿Qué parte fetal se encuentra en el fondo del útero?**

En el 99 % de los casos se nota en el fondo del mismo una parte fetal grande, es decir,

en el 96 %, las **nalgas** (parte fetal algo más pequeña, desigual, en la que alternan partes blandas y duras, sin peloteo) (pág. 51);

en el 3 % de los casos, la **cabeza** (parte fetal grande, normalmente redondeada, dura, con peloteo) (pág. 51);

y en 1 % de los casos aproximadamente, una **parte del tronco** (véase posición transversal) (pág. 362).

Se distinguen partes fetales **grandes y pequeñas**. Las grandes son la **cabeza, nalgas y tronco**; las pequeñas, las **piernas y brazos**. Estos últimos raras veces pueden palpase.

Segunda maniobra. Las dos manos del tocólogo se deslizan desde el fondo del útero hacia abajo siguiendo las partes laterales del abdomen, y se aplican de plano (fig. 47), y paralelas una a otra, sobre las cubiertas abdominales, a izquierda y derecha y a la altura aproximada del ombligo. De este modo se colocan a los lados del útero.

Pregunta: ¿En qué lado está el dorso y en qué lado las partes pequeñas?

El **dorso** del feto se palpa como una parte **larga**, cilíndrica, regularmente **plana**; las partes pequeñas son desiguales, y casi siempre se notan como pequeñas prominencias agudas u obtusas, movibles, y que se corren fácilmente durante la palpación. Es típico de la cara abdominal — en la que se implantan las pequeñas partes fetales — el que con frecuencia se puede palpar entre la cabeza y las nalgas una **depresión más profunda** (fig. 50). En la posición transversal (página 366) se notan grandes partes fetales en ambos **lados**, es decir, en uno de ellos la cabeza, y en el otro, las nalgas.

Conviene palpar de modo que se explore alternativamente con cada una de las dos manos aplicadas de plano sobre el abdomen, con los dedos ligeramente doblados. Mientras tanto, la otra mano se mantiene inmóvil, a la vez que ejerce una ligera contrapresión.

Tercera maniobra. Para efectuarla es condición indispensable que la parte que se presenta esté total o parcialmente por **encima del estrecho superior**, de modo que pueda palpase todavía si es más o menos movable. Si la parte que se presenta **está aún elevada**, se coge en forma de tenaza entre el pulgar, por una parte, y el índice y el medio, por otra — la exploración debe hacerse suavemente, pues si no, la embarazada contrae el abdomen —, y se efectúa, en primer

término, la palpación. Para alcanzar la presentación, los dedos deben penetrar, lo más profundamente posible, por encima de la sínfisis (figura 48). Si se logra coger la presentación, debe intentarse realizar el peloteo.

Modo de efectuarlo. El principiante suele tener una falsa idea acerca del peloteo de la presentación. Desde el punto de vista tocológico, tal maniobra significa no columpiar, sino un rápido movimiento, de un lado para otro, a pequeñas sacudidas. Para averiguar si puede llevarse a cabo el peloteo de la parte presentada por medio de la tercera maniobra de Leopold, se debe empezar por abrir algo la «tenaza», es decir, que los dedos sueltan algo la parte presentada, dejándole algo más espacio. Después de esto se empieza a sacudir la parte presentada, de un lado para otro, mediante rápidos y pequeños golpes. La cabeza puede moverse fácilmente sobre el tronco gracias a su movable unión con el cuello. Dicha parte «vuela», por así decirlo, entre los dedos, contra los cuales choca. Se tiene la impresión de que una bola grande y dura es impulsada rápidamente de un lado para otro. En comparación con la cabeza, la nalga es algo «perezosa», pues «frena» al intentar sacudirla, por no poderse «desprender» del resto del tronco.

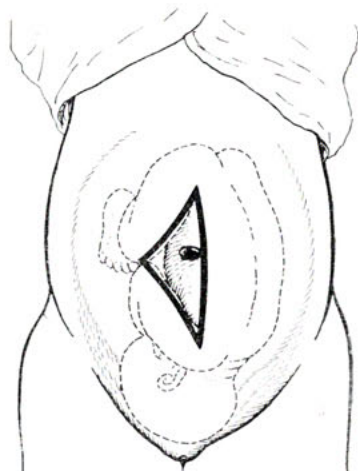


FIG. 50. Depresión característica de la cara abdominal entre la cabeza y las nalgas

Por medio de la tercera maniobra puede contestarse siempre a las tres preguntas siguientes:

1.ª ¿Se observa presentación de alguna parte fetal?

En caso negativo hay dos posibilidades:

- a) La cabeza está ya tan profundamente encajada en la pelvis, que no se puede palpar desde arriba (exploración rectal).
- b) Existe una presentación transversal u oblicua.

2.ª ¿Cuál es la parte presentada?

Signos derivados de la cabeza fetal. Esta parte es grande, dura y redonda; puede realizarse el peloteo (véase anteriormente) si todavía es movable por encima del estrecho superior.

Signos derivados de las nalgas: la parte presentada

no es tan voluminosa	} es decir, falta la verdadera sensación de la cabeza.
ni tan dura,	
ni tiene la redondez regular de la cabeza	

Al abarcar entre los dedos la parte presentada, se palpa más bien una parte fetal grande algo más pequeña, menos dura, con partes diversas más duras } es decir, « desigual » y más blandas } de forma irregular, y sin peloteo.

3.º Altura de la cabeza (nalgas) desde afuera :

¿Dónde está la cabeza? (Compárese con la página 118).

¿Qué parte de la cabeza se palpa todavía?

¿Cómo está la cabeza en relación con el estrecho superior?

¿Ha penetrado o no la cabeza en la pelvis?

Estas preguntas pueden contestarse mediante la tercera maniobra. Después de ello se efectúa la cuarta, que permite seguir la cabeza más hacia la profundidad.

Cuarta maniobra. Para llevarla a cabo es indispensable que la parte fetal que se presenta haya penetrado más o menos profundamente en la pelvis. El explorador se coloca, sentado o de pie, a un lado de la embarazada, de espaldas a la mujer. Aplica las manos del modo que indica la figura 49 —es decir, las desliza lateralmente desde la parte inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis—, dirigiendo las puntas de los dedos unas hacia otras. La penetración de ambas manos en el estrecho superior se lleva a cabo en dos tiempos :

En el **primer tiempo** (o de adaptación) se deslizan ambas manos hacia la profundidad, lenta y suavemente y con ligera presión. Se nota con claridad la resistencia que la tensión muscular de la embarazada opone a la penetración de las manos.

En el **segundo tiempo** se efectúa la penetración. Tan pronto como cesa la tensión muscular, se deslizan las manos varias veces hacia la profundidad mediante cortas sacudidas, de modo que se dirijan una al encuentro de la otra. De este modo se choca contra la parte superior de la presentación fetal, que ya ha penetrado en la pelvis, y nos acercamos a ella más o menos claramente, según su altura. Compárese con la página 118.

Con esta cuarta maniobra se puede contestar a las mismas preguntas que las formuladas para la tercera (véase anteriormente).

La pregunta formulada con frecuencia por el principiante respecto a la

diferencia entre la tercera y la cuarta maniobras,

o respecto a la importancia de esta última, se contesta del modo siguiente :

Ambas maniobras tienen diferentes zonas de aplicación. Mientras que la parte fetal que se presenta está aún totalmente o en su mayor parte por encima de la pelvis y es más o menos **movible**, debe reali-

zarse la exploración mediante la tercera maniobra. Si ha penetrado más profundamente en la pelvis, la parte presentada sólo se puede coger mediante la cuarta maniobra para averiguar qué parte está todavía fuera de la pelvis y cuál ha penetrado ya en la misma. O sea, que cuanto mayor es la relación mecánica entre la cabeza y la pelvis menor — es decir, cuanto más ha penetrado la cabeza en ella —, tanto más reducido es el campo de aplicación de la tercera maniobra de Leopold y tanto más se amplía el de la cuarta. **Esta última es la única maniobra externa que permite seguir la progresiva penetración de la cabeza en la pelvis.** De aquí se deduce que, desde el punto de vista tocológico práctico, la cuarta maniobra es más importante que la tercera. Esto se demostrará sobre todo al sentar el diagnóstico de la estrechez pélvica (pág. 559):

En relación con el parto, la más importante de las maniobras externas es la cuarta, ya que con ella se pueden seguir mejor — sin exploración interna — la entrada y penetración de la presentación fetal, es decir, se puede comprobar mejor el progreso del parto.

Medios auxiliares de la palpación

Cuando se quiere llevar a cabo la palpación de la embarazada, advertimos en seguida que el modo de comprobar la posición del dorso del feto, por ejemplo, es muy sencillo de describir, pero muy difícil de llevar a la práctica. Además se comprueba que, por ejemplo, mediante la segunda maniobra de Leopold, no conseguimos, desgraciadamente, nuestro objetivo. Subdividimos los medios auxiliares de la palpación en los que sirven para comprobar el dorso fetal y los que se emplean para comprobar la cabeza.

Medios auxiliares para la comprobación del dorso del feto

- 1. Auscultación de los tonos cardíacos fetales.** En circunstancias normales, donde mejor se perciben los tonos cardíacos es hacia el dorso del feto, o sea, a la izquierda o derecha, por debajo del ombligo, en la presentación cefálica normal. Para más detalles, véase la página 61.

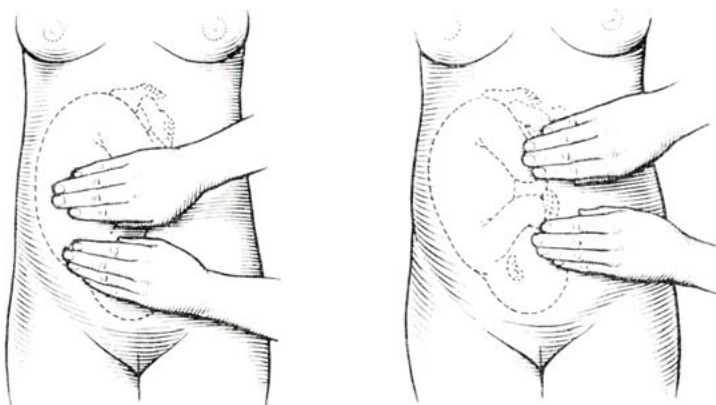
Sin embargo, hay dos importantes excepciones: en la presentación de cara y de frente, donde se perciben con más claridad los tonos cardíacos es en el lado de las pequeñas partes fetales (pág. 62).

- 2. La palpación de la frente** constituye un medio auxiliar diagnóstico muy importante. Incluso cuando ya el occipucio ha penetrado en la pelvis, se nota la frente en un lado, mediante la cuarta maniobra, es decir:

en la posición izquierda, en el lado **derecho** del abdomen;
en la posición derecha, en el lado **izquierdo** del mismo.

Cuando el occipucio ha desaparecido casi del todo o por completo, en el otro lado todavía puede palparse la frente bastante bien. Cuando se tiene cierta práctica, la palpación de la frente constituye el medio más sencillo y seguro para comprobar la posición del feto en la presentación cefálica.

3. **Se comprime fuertemente con una mano la nalga situada en el fondo del útero**, lo cual aumenta la curvatura del dorso fetal y hace que éste pueda palparse con la otra mano más fácilmente.
4. **Palpación alternativa con ambas manos.** Se realiza en las caras laterales del útero para determinar el sitio de mayor resistencia, que nos indica la situación del dorso del feto (figuras 51 y 52).



Figs. 51 y 52. Palpación alterna con ambas manos para determinar la **mayor resistencia del dorso del feto**

5. **Maniobra de Hochenbichler.** La mano izquierda rodea la cabeza como en la tercera maniobra de Leopold. Con el dedo índice de la mano derecha se dan unos golpecitos ligeros en la cara lateral del útero, por debajo del fondo. Si se toca el dorso o las nalgas, los golpes se transmiten con mucha claridad a la mano colocada en la cabeza. Si se tocan pequeñas partes fetales o líquido amniótico, la transmisión es menos clara.

Medios auxiliares para la comprobación de la cabeza fetal

Maniobra de Knebel. Una mano rodea el fondo del útero (fig. 53) y lo comprime « con cuidado » hacia la pelvis. Se introduce en el recto un dedo de la otra mano, y se toca ligeramente en forma de arco (véanse las flechas de la figura) la parte presentada. Si el dedo toca la región frontal, la cabeza cede y se inclina hacia el abdomen del feto. Este efecto no se produce, como es natural, en la nalga. Para poder realizar esta maniobra, es necesario que la cabeza presentada

pueda moverse todavía libremente. Cuando la cabeza está menos elevada, puede utilizarse la

Maniobra del surco del cuello. El tocólogo está sentado, frente a la embarazada, en el borde del sofá de reconocimiento. Con una mano al lado de otra (fig. 54), palpa lentamente y de arriba abajo la parte inferior del abdomen, empezando por el centro, entre el ombligo y la sínfisis. En la presentación cefálica, y si las cubiertas abdominales no son demasiado gruesas ni están tensas, se llega pronto a una **depresión**, algo oblicua, que corresponde al **surco del cuello** (fig. 56).

En la exploración externa no sólo es difícil comprobar el dorso y la parte fetal que se presenta. En la mayoría de los casos, el principiante encuentra todavía muchas dificultades para comprobar si **la cabeza ha penetrado o no en la pelvis**, ya que de ello depende, a fin de cuentas, toda la exploración externa (compárese con la página 557).

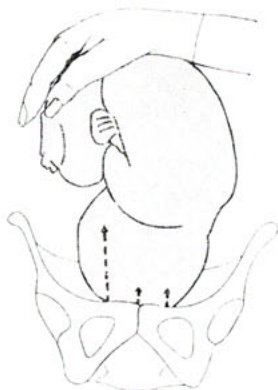


FIG. 53. Maniobra de flexión de la cabeza, según KNEBEL



FIG. 54
Maniobra del surco del cuello

En Tocología es muy importante averiguar la relación entre el tamaño de la cabeza fetal y la anchura de la pelvis.

Los procedimientos para reconocer una estrechez pélvica durante el embarazo son la tercera, cuarta y quinta maniobra de Leopold, y la maniobra de Zangemeister; de estas dos últimas no hemos tratado aún (pág. 559). Dichas maniobras se basan en dos principios fundamentales muy sencillos y que desgraciadamente son poco conocidos y tenidos en cuenta. Sobre ello hablaremos detalladamente en la estrechez pélvica (pág. 559).

Conceptos fundamentales:

situación, posición, actitud y presentación

Después de haber explorado a una embarazada llegamos, por ejemplo, al siguiente resultado respecto a la situación del feto (fig. 57):

situación longitudinal, dorso a la derecha, se presenta la cabeza. El occipucio se nota todavía algo — está sobre la rama derecha horizontal del pubis —. Por encima de la rama izquierda del pubis se palpa bien la frente. La cabeza ha penetrado ya profundamente en la pelvis — lo cual no se reconoce en la figura 57 — y se halla en **flexión acentuada**; el **occipucio** (fontanela menor) está delante; se dice que se presenta el occipucio o que éste es la parte adelantada.

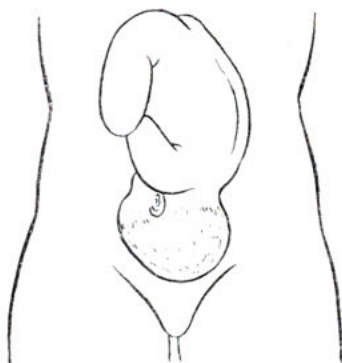


FIG. 55. Presentación craneal izquierda anterior

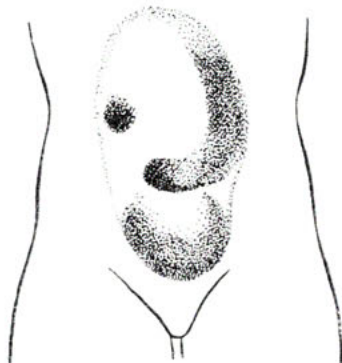


FIG. 56. La mano que palpa percibe las zonas punteadas. (Modificado por BECK)

Mediante estas indicaciones:

**situación longitudinal,
dorso a la derecha,
cabeza flexionada hacia el tórax,
presentación occipital,**

se ha descrito la situación del feto de una manera breve y completa. Hemos expresado al mismo tiempo los **cuatro conceptos fundamentales** en Tocología, es decir:

situación, posición, actitud y presentación.

Estas cuatro definiciones se confunden a menudo, especialmente por el principiante. Pero si queremos actuar en Tocología de un modo eficaz, hay que tener una idea clara de estos conceptos fundamentales. Para ello, el modo más sencillo es partir de los resultados obtenidos en la exploración de una embarazada. Encontramos una

situación longitudinal

dorso a la derecha

la cabeza flexionada hacia el tórax

el occipucio es la parte conductora

= situación

= posición

= actitud

= presentación

1. Situación: es la relación entre el eje longitudinal del feto y el del útero (situación longitudinal, transversal, oblicua).

2. **Posición:** relación del dorso del feto con la pared uterina (dorso a la izquierda y al lado, a la izquierda y delante, a la izquierda y atrás, etc.).

Las expresiones *situación* y *posición* suelen emplearse juntas en la práctica; no se dice *situación longitudinal*, *dorso a la izquierda*, sino, simplemente: *situación longitudinal izquierda* o (en las situaciones longitudinales) todavía más brevemente: *situación izquierda*. En la literatura alemana, esta última se denomina I situación, y la derecha, II situación.

En las situaciones cefálicas, la izquierda tiene una frecuencia doble que la derecha.

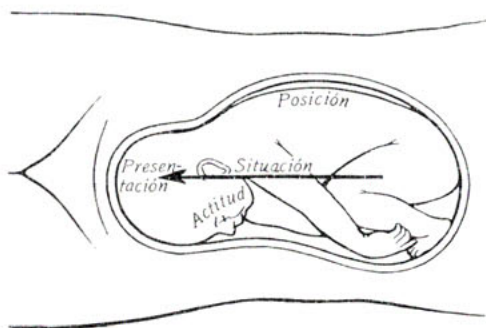


FIG. 57. Las cuatro definiciones fundamentales: situación, posición, actitud y presentación

En las situaciones longitudinales se distinguen (compárense las figuras 58-61):

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| Dorso a la izquierda | { | hacia fuera = situación I, o izquierda
hacia delante = situación I a, o dorsoanterior
hacia atrás = situación I b, o dorsoposterior |
| Dorso a la derecha | { | hacia fuera = situación II, o derecha
hacia delante = situación II a, o dorsoanterior
hacia atrás = situación II b, o dorsoposterior |

La definición de *posición* no se emplea sólo con respecto al dorso del feto, sino también con relación a la parte que se presenta, es decir, a la cabeza o las nalgas. Si se dice, por ejemplo, que la cabeza o su sutura sagital *tiene una dirección* transversal u oblicua en el estrecho superior, habremos recurrido a la expresión para designar la posición de la parte fetal que se presenta en el canal del parto.

3. **Actitud:** es la relación mutua de las distintas partes fetales.

La actitud indica « el modo en que está dispuesto el feto » (BUMM). Existe una actitud de la cabeza, piernas y brazos. El empleo de esta

definición es de gran importancia para expresar la relación entre la cabeza y el tronco al atravesar el conducto del parto. Sólo es **normal**

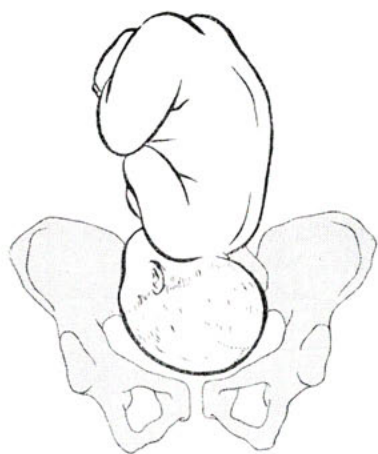


FIG. 58. Presentación occípito-iliaca izquierda anterior

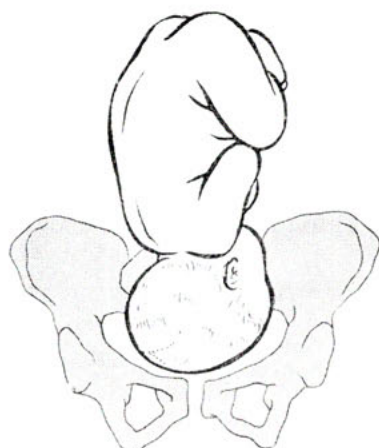


FIG. 59. Presentación occípito-iliaca derecha anterior

la actitud en la cual la cabeza pasa por el sector superior del conducto del parto profundamente flexionada, es decir, con la barbilla

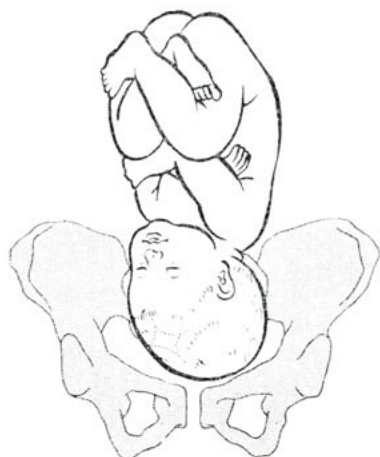


FIG. 60. Presentación occípito-iliaca izquierda posterior



FIG. 61. Presentación occípito-iliaca derecha posterior

sobre el pecho. Toda desviación de esta actitud de la cabeza en tensión o deflexión es **anormal** (véanse posiciones en deflexión) (pág. 268).