

Asistencia Actual del Parto Normal

POR el Dr. Ramiro Figueroa Rodezno (■)

Trataré de no hacer repeticiones inútiles y no recalcaré sobre requisitos que de hecho caen por su peso, como son la asepsia y la antisepsia y no tocaré el problema de la analgesia, aunque tiene una relación íntima con el dolor del parto y un valor de actualidad, porque es motivo de un tema aparte.

El parto normal, como acto fisiológico, no debería ser patrimonio de la asistencia médica, pero como en el desenvolvimiento del mismo nadie puede predecir hasta dónde llega lo fisiológico y dónde comienza lo patológico, es por ello que exige la pronta y reiterada atención del tocólogo; además, obliga sin llegar al intervencionismo extremo, a no dejar en abandono el proceso del parto y que el papel del tocólogo sea el de una espera pasiva, pues es muy humano calmar el dolor, abreviar el tiempo del parto y evitar las tragedias maternoinfantiles.

Desarrollaré este tema siguiendo el ritmo que la naturaleza realiza, comenzando con el período de dilatación, luego el expulsivo y por último el alumbramiento.

PERIODO DE DILATACIÓN. —Demás está recordar la preparación de la paciente con el rasurado vulvar, su enema evacuador y la pincelación de las regiones pudendas. El conocimiento de la presentación y posición fetales, aunque muchas veces nos son ya conocidas por exploraciones prenatales y radiografías, es bajo todo concepto indispensable, lo mismo que las condiciones físicas de la paciente, especialmente sus cifras de presión arterial, pulso y temperatura, el estado funcional de pulmones y corazón y el resultado de un examen reciente de orina, todo para prever o combatir cualquier patología que pudiera recibir el latigazo del parto o para descubrir cualquier gestosis.

El historial de la parturienta, especialmente lo relacionado con el área ginecológica es indispensable, nos interesa el número de partos anteriores y las condiciones en que se desarrollaron, y cuando de una primípara se trata, debemos ser más estrictos en su pelvimetría, siempre y cuando los partos de una múltipara hayan gozado de un clima de normalidad.

Muy importante es también el conocer si la paciente ha entrado

(*) Departamento de **Obstetricia**, Hospital San Felipe, Tegucigalpa, D. C., Honduras.

ya en trabajo de parto, pues podría presentar nada más que dolores y pequeñas metrorragias premonitorias al mismo, y desconocer tal cosa significaría hospitalizarla prematuramente y obligaría al médico inútilmente a repetir sus visitas, y el estado de ansiedad de la embarazada se prolongaría aún más, por una espera infructuosa, con mayor costo económico en una clínica privada y agudizaría el problema de las camas en una maternidad pública. Para saber el comienzo del parto nos debe bastar la inspección abdominal y la medición cronométrica de las contracciones, en cuanto a duración y frecuencia, más el dato afirmativo de la expulsión de las mucosidades sanguinolentas que constituyen el tapón mucoso cervical, corroborado por el tacto que nos evidencia el estado del cuello, desde su simple reblandecimiento hasta su estado de cuello borrado o en vías de dilatación.

A propósito de tacto, como medio clónico con que seguimos la evolución del parto, debe siempre preferirse el rectal, haciendo únicamente la salvedad de aquellos casos en que *no* es tan preciso como el vaginal, como en un cordón procedente o en procúbito y ante la sospecha de una presentación de cara o una placenta previa, por lo demás debe siempre preferirse por encima de todo el tacto rectal, que sólo muy pocas veces es intolerado como en los casos de hemorroides y fisura anal; en cambio, la manipulación del canal del parto lleva consigo el peligro de la infección, aunque se haga instilación vaginal previa con antisépticos y aunque vivamos la era de los antibióticos, que eviten el despertar aparatoso y ostensible de una infección genital, pues causa al menos en gran parte, esas leucorreas que arrancan generalmente de un parto manipulado que produce una infección tórpida a nivel del cérvix, cuyo tratamiento es bastante rebelde. En Europa, donde se estiliza sistemáticamente el tacto rectal, la patología cervical infecciosa es mínima comparada con la de nuestro ambiente; y ya que el tacto rectal no tiene consecuencias infecciosas, y se puede determinar el grado de dilatación del cuello, la presencia o ausencia de la bolsa de las aguas, la rotación y el descenso de la presentación relacionados con los planos de Hodge, deberá preferirse siempre.

La auscultación del foco fetal será cada hora, por lo menos, desde el comienzo del parto hasta que el cuello alcanza la mitad de la dilatación, siempre que las contracciones uterinas sean rítmicas y no intempestivas y subintrantes, porque obligarían a redoblar la observación atenta por un posible sufrimiento fetal. Después, en la última mitad del período de dilatación debe auscultarse cada media hora y aún cada quince minutos, si las contracciones fueran fuertes; control que puede verificarlo la misma comadrona. El ritmo fetal durante la dilatación se mantiene normalmente entre 110 y 150 pulsaciones por minuto, una bradicardia por debajo de 100 el plena diástole uterina debe despertarnos siempre la sospecha de una posible asfisia, y si lo comprobamos en tres pausas seguidas, sin demora alguna se le inyectará a la madre 2 cc. de cardiazol o de coramina. La taquicardia expresa igualmente sufrimiento fetal, pero arritmia tiene un valor pronóstico más grave.

La exploración tanto externa como interna debe efectuarla el médico cada dos horas, cuando se trata de una primípara, y cada hora en una múltipara, con el objeto de comprobar los progresos del parto, ya que en esta última de curso más rápido muchas veces da sorpresas. Es un error, por complacer a la paciente o a los familiares, permanecer constantemente al lado de aquélla, porque indudablemente se pierde prestigio y autoridad, la visita habrá de ser breve, todo lo que dure una exploración cuidadosa y una sedación anímica a base de algunas frases optimistas.

El tiempo de dilatación que se ha fijado de 4 a 6 horas para las múltiparas y 8 a 10 para las primíparas, bien puede ser acortado rompiendo en parte ese círculo vicioso que se instala a nivel del cuello, en que el dolor de la contracción produce espasmo y el espasmo agudiza el dolor, mediante la aplicación de medicamentos de acción analgésica, antiespasmódica y sedante, como la morfina, la codeína y la atropina, o preparados como la espasmalgina y el demerol, este último lo uso a razón de 50 miligramos cada dos horas, con dilatación de 5 centímetros en las primíparas y con dilatación menor en las múltiparas, combinados con 200 miligramos de tiamina, cuyo valor ocitócico es indiscutible por su acción aneurítica.

Si la dilatación se retarda porque las contracciones sean débiles o espaciadas, no hay inconveniente en inyectar 2 unidades de pitocín intramuscularmente, que bastan para efectuar el parto hasta en cosa de minutos, en las múltiparas, siempre que de un cuello borrado o ligeramente dilatado se trate, dosis que puede repetirse cada media o una hora, y en las primíparas resulta mejor la venoclisis de 10 unidades de pitocín con 300 miligramos de tiamina diluidos en 100 cc. de dextrosa al 50%, esta última tiene la ventaja de evitar una posible acidosis en los partos laboriosos, que he podido comprobar mediante la titulación de acetona y ácido diacético en la orina, en que el organismo agotado al quemar su glicógeno, echa mano de sus reservas grasas, que se desdoblan incompletamente.

Cuando la dilatación se retarda, aun con los medios medicamentosos antes mencionados, sobrepasando los límites de la normalidad, aunque la matriz presente contracciones rítmicas y tónicas, porque el cuello retraído se vuelva un obstáculo, no he tenido inconveniente en hacer dilataciones digitales, previa asepsia rigurosa y analgesia con demerol o con trueno, seguidas de amniorrexis instrumental, con lo que he logrado que muchas pacientes lleven a feliz término su parto; he tenido casos de cesareadas con diagnóstico de estenosis de cuello que han dado a luz por vía vaginal mediante estas intervenciones. Pienso que este último estado patológico no debe pesar ya tanto sobre el ánimo del obstetra para recurrir a la vía alta, pues aún en cuellos fibrosos se tiene el recurso de las pequeñas incisiones, seguidas de la aplicación de ocitócicos, siempre que haya una proporción cefalopélvica normal.

Durante el período de dilatación la parturienta puede permanecer rodeada del ambiente familiar y deambular, cuando la bolsa de las aguas esté íntegra o la cabeza esté encajada aún con bolsa rota.

La alimentación, aunque generalmente la rehusan, será nada más que líquida, pues muchas veces los vómitos se vuelven reiterados y minan las energías de la enferma.

PERÍODO EXPULSIVO. —El principio de este período lo marca la dilatación completa del cuello y la sensación como de expulsar algo con deseos de defecar que acusa la paciente durante las contracciones. Cuando se trata de una primípara es desde este entonces en que el tocólogo tiene el deber de permanecer al lado de ella; y antes de la dilatación completa, con ocho centímetros como máximo en las multíparas, no tiene el médico derecho a abandonar el lecho de su paciente. Con la compresión del recto por la presentación se crea un estímulo expulsivo, con el que instintivamente se pone en juego la prensa abdominal y casi todos los músculos de la economía que se contraen sincrónicamente con el motor uterino, es aquí donde, en las primíparas especialmente, depende todo de su esfuerzo personal, y muchas veces tenemos que enseñarles a **pujar**. Es en este momento en que la parturienta se pasará a la mesa de partos, donde en posición ginecológica y sujetando con las manos las agarraderas ad-hoc, se procede a la toilette de las regiones vulvar, pubiana y de la cara interna de los muslos y al revestimiento de ropas estériles. Cuando no se dispone de mesa de partos, como sucede en los atendidos a domicilio, resulta mejor que la parturienta enganche las manos por fuera y atrás de los muslos como si pretendiera separarlos en cada contracción. La sedación psíquica se impone, haciéndole ver que de sus fuerzas depende la pronta terminación del parto y que la normalidad es tal que pronto estará tranquila y alegre con el nacimiento de su hijo.

La auscultación del foco deberá hacerse en el intervalo de dos contracciones, un minuto después que hayan pasado; una bradicardia de cien no deberá despertarnos preocupación alguna, sabiendo que las compresiones intracraneales, producen normalmente bradicardia «como efecto de entrada»; pero si el ritmo baja de cien y el líquido se vuelve teñido de meconio en una presentación cefálica, y el desprendimiento se retrasa, es preciso usar cardiotónicos como la coramina, para reponer al feto, y se inyectará pitocín desde dos hasta cinco unidades para acelerar la terminación del parto, pero si todo esto no se consigue, es preciso terminar el parto por los medios más factibles, generalmente se recurre al fórceps, cuando la cabeza haya descendido por lo menos hasta el tercer plano, y nunca más alto por las consecuencias funestas que ya todos conocemos.

Cuando la bolsa de las aguas se ha mantenido íntegra después de completada la dilatación, ya no tiene razón de existir y es más bien un obstáculo para el progreso de la presentación, motivo por el cual debe practicarse la amniorrexis, que con una pinza de disección con dientes resulta fácil hacerlo.

La maniobra de Kristeller como queriendo exprimir la matriz con las palmas de la mano, que se solidarizan con la cincha abdominal al unísono de las contracciones, favorece bastante la progresión, siempre que no se haga en forma brutal, que pudiera romper aun una matriz sana.

Quando el anillo vulvoperineal ofrece resistencia al desprendimiento de la presentación, como sucede en la generalidad de las primíparas y en algunas múltiparas con cicatrices de reparaciones, se impone la episiotomía, que debe efectuarse con tijera recta y en el preciso momento de una Contracción, ya que la isquemia local y el dolor embotan la sensibilidad perineal. El tiempo oportuno de hacerla es cuando la piel de esa región está hasta lustrosa por la gran distensión, el suelo perineal adelgazado y la abertura anal dilatada al máximo; si se hace antes se expone a la paciente a cierta hemorragia e infección. La incisión mediolateral, a pesar de no ser anatómica porque secciona elementos musculares, tiene la ventaja de poderse ampliar más, y aunque se continuara por la distensión sufrida, no pelagra la integridad del intestino, además, cicatriza perfectamente sin peligro de la infiltración loquial por gravedad, ventajas que no ofrece la perineotomía media, aunque sea más anatómica y su cicatriz sea nítida y hasta invisible.

En cuanto a la episiorrafia, no deben hacerse puntos profundos, pues con las puntadas en masa se hace también una reparación por planos y expone menos a la infección. El uso del catgut crómico número dos no obliga a quitar los puntos, como sucede con el crin y los ganchos metálicos, que despiertan dolor nuevamente en una región tan sensible. Siempre la sutura debe hacerse bajo anestesia local y hasta que haya salido la placenta.

La protección del perineo es quizás uno de los papeles más activos que juega el tocólogo, pues si la defensa no es oportuna y correcta, equivale a que el niño nazca solo y se derrumbe la integridad del periné. La episiotomía es el medio profiláctico de los desgarros, pero con una vulva amplia, especialmente en la múltipara, no hay derecho a recurrir a ella; en cambio, obliga a la atinada aplicación del arte. La técnica de defender el periné varía de un obstetra a otro, cada quien prefiere la suya; colocando una compresa grande que recubra el perineo y toda la región adyacente para evitar una contaminación con las materias fecales que se -van expulsando, dejando al descubierto la orquilla, se hace presión sobre la región anal con las yemas de los dedos, para favorecer la deflexión, cuando ya la presentación está a punto de desprenderse. Una vez iniciada la deflexión, se aplica la mano izquierda sobre la presentación para graduar su avance y su fuerza, distendiendo al mismo tiempo los labios de la vulva, mientras la mano derecha* abierta en pinza y aplicada contra el plano perineal, hace que el pliegue interdigital del pulgar y el índice sirva de refuerzo a la orquilla.

En muchas múltiparas y en algunas primíparas el descenso de la cabeza se retarda por la presencia de un rodete de cuello duro y resistente al nivel del labio anterior y en ese afán expulsivo la presentación se retiene, por lo que no he encontrado inconveniente en hincar la yema de los cuatro últimos dedos y tirar de él hacia arriba y adelante, en el preciso momento de una contracción, como queriéndolo enganchar, aplicándolo sobre el occipucio, por detrás del pubis. Con esta técnica he logrado economizarle muchos minutos de esfuerzo a ese tipo de parturientas, al lograr que se aparte el cuello.

En las presentaciones cefálicas, una vez salida la cabeza, que hará espontáneamente su restitución rotaría, el tocólogo se concretará a limpiar con una gasa las mucosidades de la boca y la nariz, que pudiera inhalarlas el niño, se sujeta la cabeza con las palmas de las manos para lograr el parto de los hombros, que es importante porque también el hombro posterior puede producir desgarros, aplicadas de plano una arriba y otra abajo contra los parietales, se hace tracción de la cabeza y se deprime hasta llegar al nivel de la mesa, con el objeto de descender el hombro anterior hasta que asome la región deltoidea, en este instante es cuando un ayudante o la enfermera, que tendrá puncionada ya una vena con una jeringa cargada de algún ocitótico (metergín, pitocín o ergotrate) lo inyectará con el objeto de acelerar el alumbramiento y reducir la hemorragia; acto seguido se desprende el hombro posterior con solo tirar de la cabeza hacia arriba. El resto de las partes fetales se desprenden fácilmente.

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO—Este período que media desde la salida del feto hasta la expulsión de la placenta, es un lapso que no debe ser ni sólo de expectación ni de mucho intervencionismo. Un pulso de 60 a 80 y una cantidad de sangre vaginal entre 150 y 300 gramos marcarán la normalidad. Generalmente la placenta se desprende pronto y lo que retarda su salida es la falta de contracciones; con la medida antes apuntada de inyectar ocitóticos en cuanto sale el hombro anterior, la expulsión placentaria no se hace esperar.

Durante los minutos de reposo uterino, mientras aparecen las contracciones de **parto** placentario, se procede a extraer las mucosidades, limpiando con una gasa las que fluyan de la nariz y la boca y aspirando con una perilla las que haya hasta en la garganta. Si el llanto tranquilizador del niño no aparece, se le harán fricciones en la espalda o pequeñas palmadas en las plantas de los pies. Luego se procede a la ligadura del cordón, previo pinzamiento que se hará inmediatamente de salido el feto, si acaso el corazón no palpita, y si no, se espera a que deje de latir. Es muy del caso colocar las pinzas cerca de la inserción fetal, a unos seis u ocho centímetros de ésta, para que el corte que se haga sea el definitivo. Algunas veces se habrá tenido que cortar antes, en aquellos casos de vueltas del cordón alrededor del cuello, que estén demasiado tensas que no permitan pasarlas sobre la cabeza, y amenace romper el cordón o provocar arrancamientos parciales de la placenta. No hay inconveniente en usar ganchos metálicos o la seda con doble ligadura, para ligar el cordón.

Si pasados cinco o diez minutos el alumbramiento no toca a su fin, se hace expresión de la matriz, o se transmitan las tracciones del cordón hasta el fondo uterino, o porque se restituya la parte de cordón intravaginal cuando deja de tirar, entonces favoreceremos su desprendimiento, después de una espera prudencial de media hora y de haber intentado la maniobra de Credé, aplicando por vía endovenosa una o dos unidades de pitocín, y nada más, porque podría engatillarse la placenta o se contractuaría el cuello, dificultando la ex-

tracción manual en caso de necesidad. Si con el pitocín se fracasa, queda el recurso del alumbramiento hidráulico, inyectando desde 150 hasta 1000 cc. de suero fisiológico en los vasos umbilicales; sólo en último caso se hará el alumbramiento manual o cuando estemos en presencia de una hemorragia bien interna que aumente el volumen uterino o que la veamos fluir por la vagina.

Una vez expulsada la placenta, se hace la reparación de desgarros o sutura de episiotomía, revisando también el cuello con valvas vaginales y se suturarán los desgarros de éste en caso de haberlos.

Al despedirnos de nuestra paciente sólo iremos tranquilos si el pulso es alrededor de 60, lleno y tengo, el globo uterino esté bien formado y contraído y la sangre vaginal no fluya copiosamente.

CONCLUSIONES

- I. —Al proceso del parto, aunque sea un acto fisiológico, debe tributársele atención médica.
- II. —El reconocimiento clínico de la parturienta es básico en la asistencia del parto.
- III. —El tacto rectal debe preferirse al vaginal, siempre que proporcione datos precisos.
- IV. —La auscultación del foco debe hacerse con una frecuencia tal que nos permita sorprender el sufrimiento fetal y evitar una posible muerte.
- V. —Los antiespasmódicos y analgésicos como el demerol aceleran la dilatación y suavizan las angustias del parto.
- VI. —Las dilataciones digitales resuelven muchos casos de estenosis cervical.
- VII. —La amniorrexis instrumental se impone cuando la dilatación se haya completado.
- VIII. —La episiotomía es la profilaxis de los desgarros y acelera el desprendimiento. La episiotomía lateral presenta más ventajas que la mediana.
- IX. —Apartando el vestigio de cuello engrosado que retiene la cabeza se acelera el descenso.
- X. —El alumbramiento se acorta y se evitan adherencias y retenciones placentarias inyectando ocitócicos a la salida del hombro anterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FQNT. S. DEXEUS — Tratado de Obstetricia - Ed. Salvat. 1949.
MORAGUE BERNAL J. — Clínica Obstétrica - Ed. Ateneo - 1953.
JASCHKE v. TH — Tratado de Obstetricia - Ed. Uhtea - 1955. BOTELLA LLUCIA J. — Curso de Obstetricia - Ed. Científico Med. - 1951