

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América

LA ROTACION MANUAL EN LOS PAROS PROFUNDOS DE LAS POSICIONES DE VERTICE

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

ALBERTO VIAU D.

Ex-interno del Hospital General y del Hospital San José

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, C. A., ENERO DE 1950

La Rotación Manual en los Partos Profundos de las Posiciones de Vértice

PLAN DE TESIS

CAPITULO I.—Introducción:

- 1) Parto Normal.
- 2) Anatomía y Fisiología del Parto.
- 3) Curso Clínico del Parto.

CAPITULO II.—Mecanismo normal del Parto:

- 1) Frecuencia de las Presentaciones y Posiciones de vértice.
- 2) Tiempos del Parto en las Posiciones de Vértice:
 - a) Encaje,
 - b) Descenso,
 - c) Flexión,
 - d) Rotación Interna,
 - e) Rotación Externa.

CAPITULO III.—Parto Profundo en Posterior:

- 1) Causas.
- 2) Tratamiento.
- 3) Condiciones.
- 4) Lugar en que debe efectuarse.
- 5) Técnica.
- 6) Indicaciones.
- 7) Ventajas y Resultados.

CAPITULO IV:

- 1) Casos Clínicos.
- 2) Conclusiones.
- 3) Bibliografía.

Capítulo Primero

INTRODUCCION

PARTO NORMAL

El parto normal es la función del organismo femenino en virtud de la cual el producto de la concepción es expulsado del útero, por conducto de la vagina, al exterior, y después comienzan las mutaciones regresivas de los órganos genitales. Los puntos esenciales de la antecedente definición excluyen por entero las extracciones del feto por cualquiera otra vía como la operación cesárea.

El parto debería ser una función fisiológica en la mujer, más es tan complicado que no pocas veces se acompaña de multitud de irregularidades. Por consiguiente, es necesario dividir el parto en dos grupos:

- 1) Parto normal o eutosia.
- 2) Parto anormal o distosia.

Anatomía y Fisiología del Parto

Debido a que los fenómenos clínicos y fisiológicos son diferentes según la etapa por que atraviesa, el parto ha sido dividido en tres períodos.

Primer período: Durante esta etapa el canal cervical se acorta, su pared se adelgaza y los huesos de la pelvis se separan para permitir el paso del feto.

Segundo período: El feto es expulsado a través del cuello vaginal, hacia la pelvis ensanchada y de allí a la vulva y medio ambiente.

Tercer período: Durante este período la placenta y las membranas se desprenden de sus incisiones del útero y en masa son expulsadas a través del canal del parto.

Sin embargo, existen algunos puntos de semejanza entre uno y otro período. El médico no debería confundir un período con otro. Es verdad que el parto es un proceso continuo y que en una paciente dado no siempre es factible dividir estos períodos con líneas. Este problema sin embargo, se simplifica teniendo en mente los tres períodos a la vez, pues si durante un período se aplica una maniobra de otro pueden sobrevenir serias dificultades y complicaciones. De aquí la gran importancia de conocer bien el curso clínico y el mecanismo del parto.

Curso Clínico del Parto

No existe un fenómeno particular que marque la iniciación del parto. Algunas veces se inicia con la expulsión del tapón mucoso contenido en el canal cervical. Otras veces es el escurrimiento líquido que resulta del rompimiento de las membranas antes de que se inicien las contracciones. Ocasionalmente el parto principia con un dolor localizado en la región lumbosacra. Otras veces los dolores aparecen en forma de calambre en el abdomen inferior.

Generalmente las contracciones dolorosas del parto aumentan progresivamente en frecuencia, duración e intensidad a medida que el primer período se aproxima a la dilatación completa del cuello. Es frecuentemente durante este período que se produce el escurrimiento líquido que indica la ruptura de la membrana amniótica. Durante este tiempo pueden aparecer algunas estrías de sangre, las cuales indican que durante el período final el cuello ha sido lacerado. Sin embargo, si el parto es llevado con cuidado estas lesiones no se producen. No se conoce con seguridad si la ruptura de las membranas tienen algún valor en el desarrollo del parto. La mayoría de los autores creen que su persistencia facilita la dilatación, mientras que otros creen que si persiste du-

rante el segundo período impide el descenso de la presentación y da lugar a que se produzcan numerosas aglutinaciones del cuello. Parece que las rupturas de las membranas al final del primer período y principios del segundo es más o menos lo ideal.

Se cree que la ruptura de la membranas antes de que la cabeza haya encajado conduce al prolapse del cordón umbilical. Y si su ruptura se produce antes de que principie el trabajo, gérmenes patógenos penetran a la cavidad uterina produciendo un tipo de infección puerperal.

Cuando la dilatación se completa y más cuando la ruptura de las membranas ya se ha producido, a menudo se experimenta una disminución de los dolores durante unos minutos, al cabo de los cuales vuelven aumentados en su intensidad. Este es el momento en que el niño principia a ser expulsado hacia abajo.

Los dolores más intensos de todo el parto se observan cuando la dilatación se está completando. Los dolores expulsivos son más soportables y finalizan con la dilatación del suelo pélvico seguida de la expulsión del niño a través de la vulva. Después del desprendimiento, la paciente experimenta un alivio, que va seguido de nuevos dolores cuando se inicia el tercer período.

Capítulo Segundo

MECANISMO NORMAL DEL PARTO

1) *Frecuencia de las posiciones y presentaciones:*

Antes de entrar de lleno a su estudio, por ser de gran importancia para el desarrollo de este trabajo de tesis, voy a hacer algunas consideraciones acerca de la frecuencia de las presentaciones y posiciones las cuales están íntimamente vinculadas con el primer período del trabajo.

El 95% de todas las presentaciones se encuentran en vérteice. La posición de la cabeza fetal en el estrecho superior y

medio en el momento del encaje, descenso y rotación interna en el mecanismo del parto ha producido numerosas controversias en los últimos 200 años.

El concepto universalmente aceptado desde los tiempos de Baudeloque y Naegli de que el encaje se hacía en los diámetros oblícuos de la pelvis ha sido puesto en duda. Las ciencias físicas y la Tecnología del siglo XX se han proveído de un excelente medio, los rayos X, para la visualización del mecanismo del parto *in vivo*.

Un importante punto ha sido observado y es que las posiciones transversas de la cabeza son más frecuentes no solamente en el estrecho superior sino que también en el medio.

Esto fué puesto en plena evidencia en el trabajo efectuado por Kyle y Javert de New York, del cual tomo el siguiente cuadro:

INCIDENCIA DE LA VARIEDAD DE POSICIONES EN EL ESTRECHO SUPERIOR Y PELVIS MEDIA

	OIT	ODT	OAI	ODA	OP	ODP	OIP	OS	TOTAL CASOS
En el Estrecho Superior	39.223.5		13.2	9.6	1.8	7.3	3	6	763
Transversa		63.4%							
Abajo o arriba de las espinas	33.728.8		11.9	5.7	2.8	11.5	3.2	1.8	277
Transversa		62.8%							
NUMERO TOTAL									1040

Cuadro N° 1.

La forma de la pelvis ejerce una influencia definitiva sobre la posición de la cabeza en el borde de aquella. Cadwell y Molloy encontraron que en las pelvis ginecoïdes y androides el porcentaje de transversas es mayor que en las antropoides. Por el contrario en las pelvis antropoides la posición anterior y posterior son mayores. La cabeza debe descender y encajar antes de que la forma del estrecho superior pueda ejercer su influencia máxima sobre su

posición. Generalmente en los partos espontáneos, antes de que se produzca la rotación anterior, la posición adoptada por la cabeza al encajarse es mantenida hasta que llega a un nivel bajo de la pelvis.

Con el propósito de clasificar tanto las posiciones transversas como las anteriores se las limita por ángulo de 45 grados (22.5 a cada lado) de los diámetros transversos, anteroposterior, y oblícuos como muestra la figura número 1, la cual nos enseña también la incidencia de las variedades de presentación de vértice por encima del estrecho superior. En el pasado un arco de 90 grados era empleado para las posiciones oblícuas anteriores y posteriores directas. La posición transversa era ignorada, porque se creía rarísima.

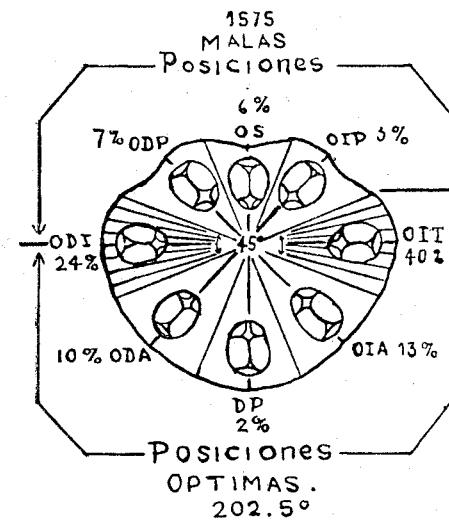


Figura N° 1.

2) Tiempos del Parto en las Posiciones de Vértice:

La sucesión pasiva de los movimientos del niño a través del canal pélvico es a lo que se denomina mecanismo del parto. En virtud de este mecanismo particular, es mucho más fácil la favorable adaptación de la cabeza del niño a los diámetros de la

pelvis, lo cual constituye la clave para el feliz desenvolvimiento del parto normal en las presentaciones de vértece.

La presentación O. I. A. es la más favorable de todas, y es por esto que la vamos a describir como tipo. Comprende los cinco siguientes tiempos: Encaje, Descenso, Flexión, Rotación Interna y Rotación Externa o Restitución.

Encaje:

En la mayoría de los casos, como ya dije anteriormente, la sutura sagital está colocada transversalmente y se halla más cerca de la sínfisis. En consecuencia, el hueso parietal posterior está encarado al estrecho pélvico superior y esto se denomina presentación parietal posterior.

Al no estar colocada la sutura sagital exactamente en la mitad de la distancia entre la sínfisis y el promontorio sacro, hay asinclitismo, y a la presentación del hueso parietal posterior se le denomina asinclitismo posterior u oblicuidad de Litzman en oposición al asinclitismo anterior u oblicuidad de Naegli.

Poco después de empezar el parto el hueso parietal anterior desciende por detrás de la sínfisis, hacia abajo y atrás. De esta manera la sutura sagital se coloca en medio de la pelvis y la

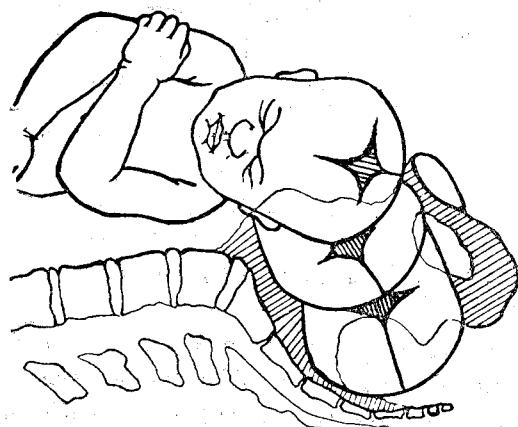


Figura N° 2.

cabeza se hace sinclítica. A esta situación se le denomina sinclitismo. El segmento uterino mientras se dilata sirve de guía al encajamiento.

Descenso:

El descenso se verifica más o menos al principio del segundo período. En las primíparas un considerable descenso puede ocurrir durante el primer período. En algunas multíparas el descenso no principia sino hasta muy avanzado el trabajo. En las pelvis pequeñas éste puede ser retardado. Como el descenso es más o menos continuo, este movimiento debe ser considerado al mismo tiempo o asociado a las otras nociones del mecanismo.

Flexión:

En muchas primíparas y en algunas multíparas la cabeza está bien flexionada por estar colocada, antes de que el trabajo principie, en la parte inferior del segmento uterino. Al iniciarse el descenso hacia la pelvis, la flexión se va acentuando. Esto es probablemente debido a que la resistencia encontrada por la cabeza es más fuerte a nivel de la frente que en el occipucio, lo cual permite que se considere la cabeza como una palanca de segundo grado con punto de apoyo en la columna vertebral. La cabeza puede o no estar flexionada a medida que desciende a través de la pelvis pero al llegar al suelo pélvico ocurre un marcado aumento de la flexión.

Rotación Interna:

En las O. I. A. ocurre una rotación de la cabeza a través de un ángulo de 45 grados mientras la sutura sagital de la cabeza fetal está en algunos casos en la pelvis superior. En la mayoría de ellos, sin embargo, ocurre en o alrededor del tiempo en que la cabeza va a colocarse firmemente contra el suelo pélvico. Se cree que la particular disposición del músculo elevador del ano favorece y produce la rotación interna.

La cabeza emerge a través de la vulva por un movimiento anterior a medida que avanza y distiende el suelo pélvico. En los tiempos anteriores dicho movimiento tenía una dirección hacia

Capítulo Tercero

PARO PROFUNDO EN POSTERIOR

Prácticamente todos los parteros de las generaciones pasadas enseñaban que las posiciones occipito-posteriores son siempre resultado de serias distocias con un aumento de la mortalidad fetal y materna.

Mauriceu y Smellie enseñaron que la rotación posterior del occipucio dentro de la excavación sacra era la regla y no la excepción.

Esto no significa que no puedan haber dificultades, y a veces puedan ser serias. Las variaciones en el mecanismo de la rotación durante el primer período pueden ser el resultado de una insuficiencia de las contracciones uterinas primaria o secundaria que resulta de un trabajo prolongado.

Sin embargo, las mayores dificultades se verifican en segundo período del parto y generalmente son debidos a la falta de rotación interna de la cabeza. A esta falta de rotación ya sea en posterior o en transversa es lo que se denomina *Paro Profundo* de estas posiciones el cual necesita de asistencia operatoria.

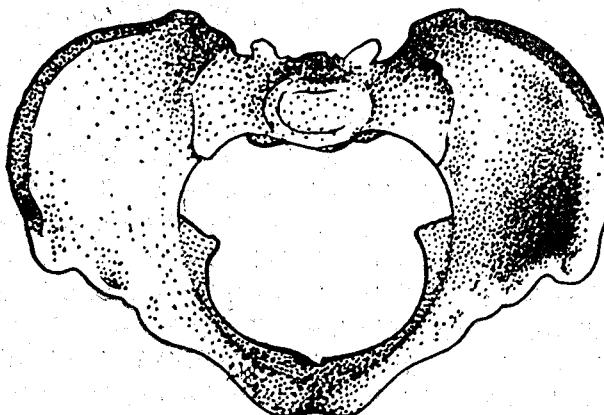


Figura N° 4.

a) Causas

La exacta razón de la rotación interna no es bien conocida, y se han dado multitud de teorías para explicarla: una de las más antiguas es la de que la pelvis presenta un diámetro transverso largo en el estrecho superior (Figura N° 4) y un diámetro sagital largo en el estrecho inferior (Figura N° 5), y que al pasar la cabeza tiene que buscar estos diámetros.

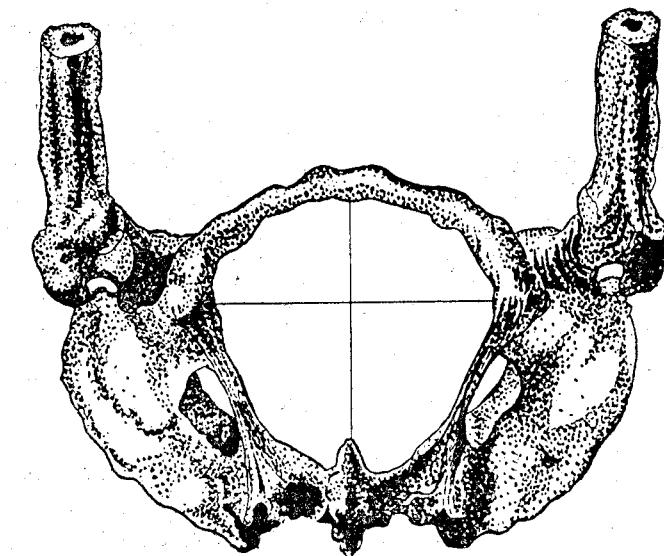


Figura N° 5.

Tal cosa sólo es verdad en parte, si miramos una pelvis desde arriba se verá que las espinas isquiáticas sobresalen notablemente hacia la cavidad; las porciones laterales de la pelvis que quedan delante de dichas esquinas, describen una graciosa curva hacia abajo, adelante y adentro; si con el dedo se sigue dicha curva, se desliza aquél suavemente hacia adelante, hasta debajo del pubis. Sin género de duda, esta porción ósea, que forma parte de los planos inclinados laterales, tan importantes en la opinión de Hodge, tiene algún papel útil en la rotación anterior. Es por esto que nos podemos explicar por qué en las pelvis Antropoi-

des o Dolicopélicas se observa un número mayor de paros profundos. En estas pelvis el estrecho superior es alargado en dirección antero-posterior, debido a que el diámetro antero-posterior es más largo que el transverso. El conjunto de los segmentos anterior y posterior presentan una forma ovalada, larga y estrecha. Las paredes laterales son derechas, el arco subpúbico es de tamaño menor que el normal, y en el tipo clásico, el sacro presenta una inclinación media. Todo esto contribuye a disminuir el espacio en el cual se debe verificar la rotación como se puede observar en las siguientes figuras en las cuales se hace una comparación con una pelvis Ginecoide.

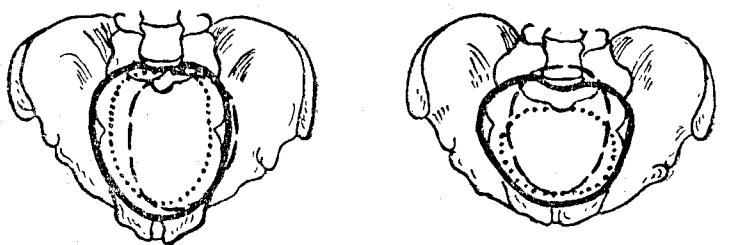


Figura N° 6.

El elevador del ano cuelga como un cabestrillo, una artesa o canal, de los lados del pubis y de los isquiones (que forman los planos inclinados anterolaterales); la dirección de esta canal es de atrás a adelante. El occipucio al deslizarse hacia abajo sobre los lados de la pelvis, es dirigido debajo del pubis, adaptándose el diámetro longitudinal de la cabeza al diámetro longitudinal de la canal, según la ley de los planos inclinados. Y puesto que el occipucio queda casi siempre más bajo que el sincipicio, llega primero al suelo pélvico y por lo tanto, tiene mayor propensión a girar hacia adelante, debajo del pubis. Si en este período del parto se hace la exploración, se notará que por efecto del suelo pélvico está girando hacia adelante la cabeza. Haciendo la experiencia de forzar la cabeza por la pelvis del cadáver de una mujer, se comprueba que entre tanto se conserve la integridad del suelo pélvico, su efecto es dirigir hacia adelante el occipucio, siguiendo la cabeza la línea de menor resistencia.

En las mujeres que padecen antiguos desgarros del suelo pélvico, a menudo se retarda o no se presenta la rotación anterior. Cuando el sacro no tiene suficiente curvatura y es muy estrecho el arco púbico, no está la canal lo bastante doblada sobre el eje del conducto del parto para favorecer la rotación anterior.

Cuando se contrae el útero en el segundo período, se aplana de lado a lado, y entonces el tronco fetal se aloja mejor en la porción anterior del útero. Es fácil demostrar, en la mayoría de los partos, que la espalda gira hacia adelante, tanto por medio de la palpación abdominal como valiéndose de las radiografías. La flexión de la barbilla sobre el esternón, y la elevación de los hombros sobre la cabeza, ayudan a fijar la cabeza y el tronco, de manera que, cuando gira la espalda, lleva aquella consigo; esto es fácil comprobarlo ejecutando dicho movimiento con un recién nacido. Cuando la espalda persiste en quedarse atrás, no se efectúa la rotación anterior, lo cual es una circunstancia patológica. Al intentar la corrección manual de las posiciones occipitoposteriores, el tocólogo, sabe muy bien que a no ser que logre llevar hacia adelante la espalda, la rotación de la cabeza será parcial, imposible o inestable.

La ley de Sellheim que a continuación describimos, también explica la rotación de la cabeza y del tronco; este autor compara el feto en el momento de franquear la pelvis y las partes blandas maternas a un cilindro en el cual se pueden distinguir una extremidadcefálica, una extremidad podálica y pelviana, y entre ambas, un segmento intermedio o tronco. Hay regiones de este cilindro que ofrecen un obstáculo grande a la incurvación. Se dice que en tales puntos, el feto presenta el difficilimun de flexión. Por el contrario, se llama facillimum de flexión los puntos que ofrecen el máximo de posibilidades para incurvarse.

A nivel del cuello fetal, el facillimum de flexión se encuentra en la nuca, y ello es tanto más manifiesto cuanto más flexionada está la cabeza, el facillimum de flexión se encuentra en la región anterior del cuello, inmediatamente por debajo del maxilar inferior.

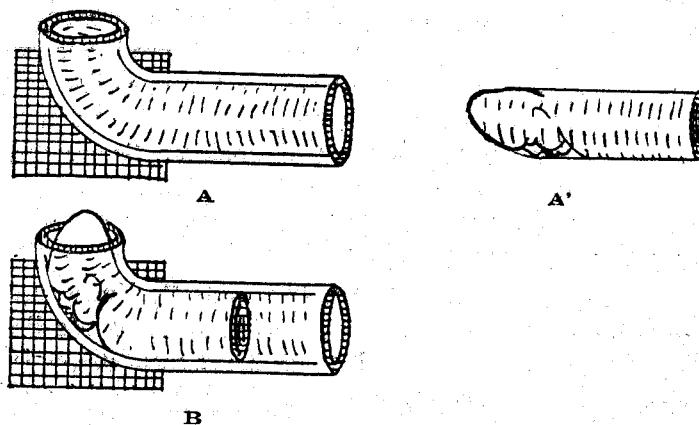
Los hombros así como las caderas presentan su facillimum de flexión en sentido lateral, siempre que los miembros se conserven entrecruzados, y en contacto con el plano toraco-ventral, por-

que si no, al extenderse y ello es mucho más llamativo para los miembros inferiores, forman con el tronco un bloque, al cual agregan su falta de flexibilidad, disminuyendo por lo tanto el valor de facilimun de flexión de tronco.

Existe una ley física surgida de la observación del comportamiento de un cilindro macizo de flexibilidades variables, cuando se le obliga a atravesar un cilindro hueco de eje curvo, que dice: Cuando un móvil cilíndrico y de flexibilidad variable se ve impedido a atravesar un conducto también cilíndrico pero de eje curvo, lo hace de tal modo que salva el codo del conducto, haciendo coincidir su facilimun de flexión, con el punto en que aquél cambia de dirección. Esta ley que ha sido demostrada experimentalmente sirve de base a la teoría de Sellhein y sin negar que la antedicha ley explica la rotación de la cabeza y el tronco, es preciso, no obstante, valorar debidamente los demás factores, y en especial, como está constituida la canal pélvica, la acción del tronco en la cabeza y la forma de esta última.

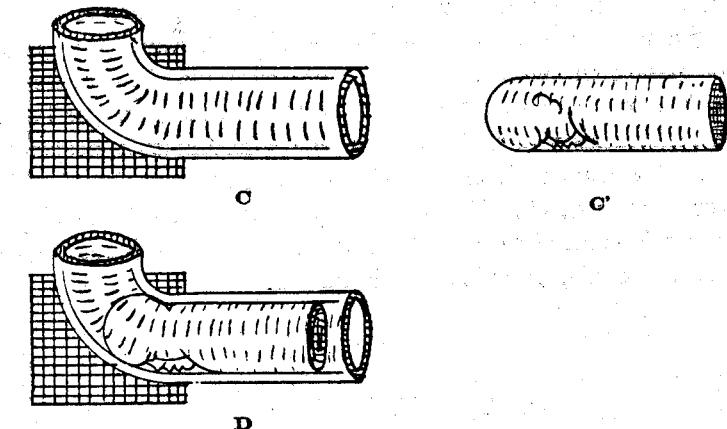
MECANISMO DEL PARTO EN LAS POSICIONES DE VERTICE

Experimento Número 1.



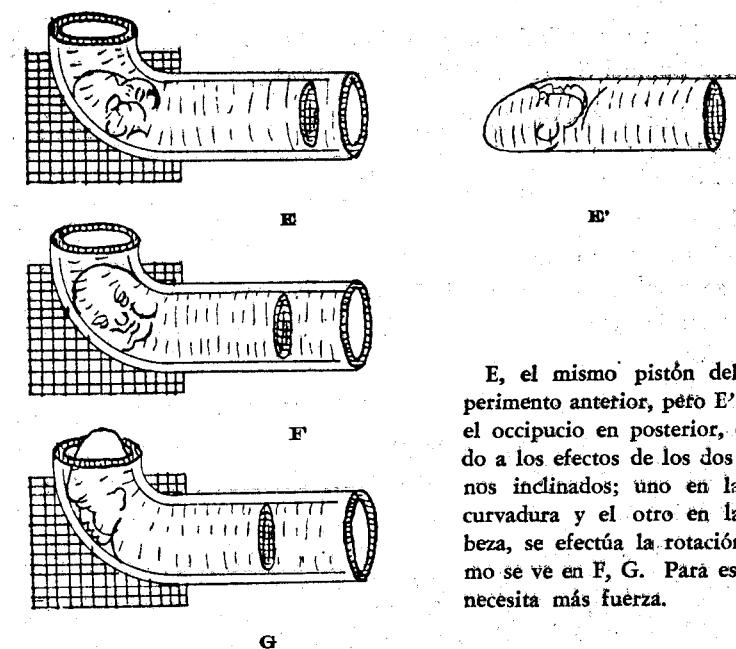
A, cilindro de cristal que representa el conducto del parto. — A', pistón de caucho que representa las circunstancias de un feto con cabeza cuadrada en extensión o deflexión. La cabeza rompe tropieza con una resistencia al llegar a la incurvadura y se detiene.

Experimento Número 2.



C, C', D: La cuña punta aguda (cabeza alargada, en flexión), pasa fácilmente.

Experimento Número 3.



E, el mismo pistón del experimento anterior, però E', con el occipucio en posterior, debido a los efectos de los dos planos inclinados; uno en la incurvadura y el otro en la cabeza, se efectúa la rotación como se ve en F, G. Para esto se necesita más fuerza.

Figura N° 7.

La forma de la cabeza tiene mucho que ver con la facilidad de la rotación. La cabeza alargada, al doblarse sobre el tórax, presenta una cuña puntiaguda al conducto encorvado por donde ha de pasar; en cambio, la cabeza corta encajada firmemente en el tronco forma una cuña obtusa que ofrece mucho mayor bullo a las resistencias y que, al ser impulsada vigorosamente, propende a pasar tal como está, cuando el cuerpo es más puntiagudo (la cabeza alargada), que tiene dos planos inclinados, puede enfrentarse con la curva del conducto como en un plano inclinado y deslizarse sobre ella, girando sobre sí misma.

TRATAMIENTO

Rotación Manual en las Posiciones Occipito-posteriores a Anteriores, seguida o no de aplicación de Forceps

Este procedimiento ha sido empleado y difundido por el Doctor Samuel S. Rosenfeld de New York.

En nuestro medio el Doctor Ricardo Alvarez O. y sus colaboradores lo han venido empleando con grandes éxitos desde hace más de seis años en la Segunda Sala de Maternidad del Hospital General de Guatemala y en su Sanatorio Particular. Fuera de estos centros no se ha practicado, o al menos no hemos sabido que se emplee como procedimiento de elección en todos aquellos casos en los cuales sea necesaria una aplicación de forceps en posterior.

Sin embargo, la noción de Rotación Manual si existe en nuestros círculos obstétricos, y ha sido empleada de una manera casi empírica o accidental por muchos médicos generales y comadronas.

Es por este motivo que a continuación trato de explicar esta maniobra, adaptándome a las necesidades y conocimientos de nuestro medio. Con esto no pretendo hacer una obra de grandes alcances; mi único objeto es difundir este procedimiento, que

dada su sencillez en más de una ocasión sacará al obstetra de trances desesperados.

Cuando una detención o paro profundo sucede no debe dejar el Médico que dure muchas horas esperando a que se presenten signos de peligro; pues si se dejan aparecer, las contracciones uterinas se debilitan, la paciente hace esfuerzos expulsivos cada vez con menos intensidad, y si no se le presta ayuda acaso se pone en serio peligro la vida del niño y de la madre.

No es fácil elegir el momento oportuno para intervenir en estos casos. En general es conveniente operar mucho antes de que sea intenso el agotamiento y de que el feto dé señales de asfixia; como regla general no se debe esperar más que una hora u hora y media después de haber cesado la progresión de la presentación.

Condiciones:

Son las mismas que para la extracción en general; primero: la pelvis debe ser suficientemente espaciosa para que se puedan efectuar las manipulaciones. Segundo: debe estar dilatado el cuello uterino, o al menos, debe ser factible el lograr suficiente dilatación. Tercero: deben estar rotas las membranas. Es sumamente útil antes de cualquier operación tener noción muy clara de la forma y tamaño de la pelvis así como diagnóstico exacto de la posición.

Lugar en que debe efectuarse:

La rotación debe llevarse a cabo en el lugar en que se encuentra más favorable. Esto depende de la forma de la pelvis. La rotación al nivel en que se produce es raramente el procedimiento de elección, porque en la mayoría de los casos existe una desproporción pélvica que impide la rotación a este nivel. Es por esto que debemos hacer las siguientes consideraciones sobre la conveniencia de rechazar o no la presentación.

1.—Cuando la cabeza está bien moldeada y bien flexionada la rotación, al nivel en que se encuentra, es la maniobra de elección.

2.—Se debe rechazar en los siguientes casos:

- a) Cuando el paro se produce en una pelvis antropoide con estrecho superior angosto que impide la rotación;
- b) Cuando el paro es debido a una estrechez al nivel de las espinas en las pelvis antropoides típicas, la cabeza es empujada hacia arriba y rotada encima de las espinas o del estrecho superior.

3.—Cuando el segmento posterior de la pelvis es plano y el sacro no está echado hacia adelante. En estos casos el desplazamiento de la cabeza con rotación constituye un tratamiento inadecuado.

Cuando la cabeza es detenida en marcada posición occipito-posterior, el desprendimiento sin rotación solamente se efectúa cuando el sacro no está estorbando.

TECNICA

Primer Tiempo:

La paciente es anestesiada preferentemente con éter y colocada en posición de litotomía. La vejiga es vaciada por cateterismo y se hace la antisepsia con jabón verde y agua.

El secreto de esta maniobra se encuentra en la sobrerrotación.

En las Posiciones Ocipito-Ilíacas Derechas Posteriores y Transversas el operador se coloca enfrente del muslo derecho de la paciente, dobla sus rodillas tanto como sea posible e inclina su cuerpo al nivel de la cintura sobre su izquierda. Poniendo su antebrazo derecho en pronación introduce su mano en la vagina de tal manera que el dedo pulgar quede colocado por debajo y por detrás, los otros cuatro dedos por encima y por delante de la cabeza fetal. El operador principia a enderezarse, y a medida que lo va haciendo, va rotando su antebrazo hasta colocarlo en supinación. De esta manera rota el occipucio 180 grados, en caso que la posición sea

posterior. En todo caso deberá elevarse a la posición Occipito Ilíaca Anterior Izquierda.

En las posiciones Occipito Ilíacas Izquierdas Posteriores y Transversas, el operador se coloca en frente del muslo izquierdo de la paciente, dobla sus rodillas tanto como sea necesario e inclina su cuerpo a nivel de la cintura sobre su derecha. Poniendo su antebrazo izquierdo en pronación introduce su mano dentro de la vagina y procede como se describió anteriormente rotando la cabeza hacia una posición Occipito Anterior en el momento en que se endereza.

Después que se ha completado la rotación, una enfermera o asistente ejerce una presión sobre el fondo uterino y segmento inferior principalmente, hasta que el forceps es aplicado. Aunque esto siempre se aconseja, no es absolutamente esencial. Para favorecer el encajamiento de nuevo, si hay necesidad de apresurar el parto, se puede retirar la anestesia con la cual se iniciaron las contracciones; si éstas no se producieran se puede inyectar de 1 a 2 unidades de Pitocin (si no hay contraindicación) para que se efectúen y que la presentación descienda para poder aplicar un forceps bajo, u esperar la expulsión espontánea que suele ocurrir en algunos casos. (Ver caso N° 15.)

Segundo Tiempo:

Una vez que la presentación esté en anterior y bien descendida, hacemos la aplicación de un forceps bajo siguiendo la técnica indicada según la posición obtenida con la rotación: O. A. D., O. P., O. A. I.

CORRECCION DE UNA POSICION OCCIPITO_POSTE-
RIOR DERECHA A UNA OCCIPITO IZQUIERDA
ANTERIOR

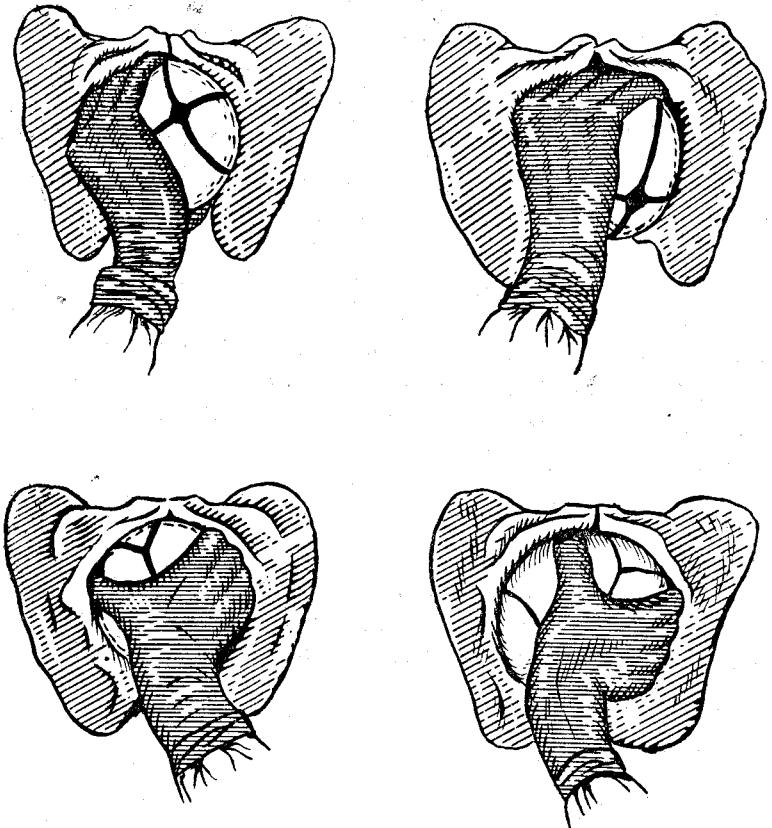


Figura N° 8.

POSICION CORRECTA DEL PARTERO AL EJECUTAR
UNA ROTACION MANUAL DE POSTERIOR DERECHA
A ANTERIOR IZQUIERDA

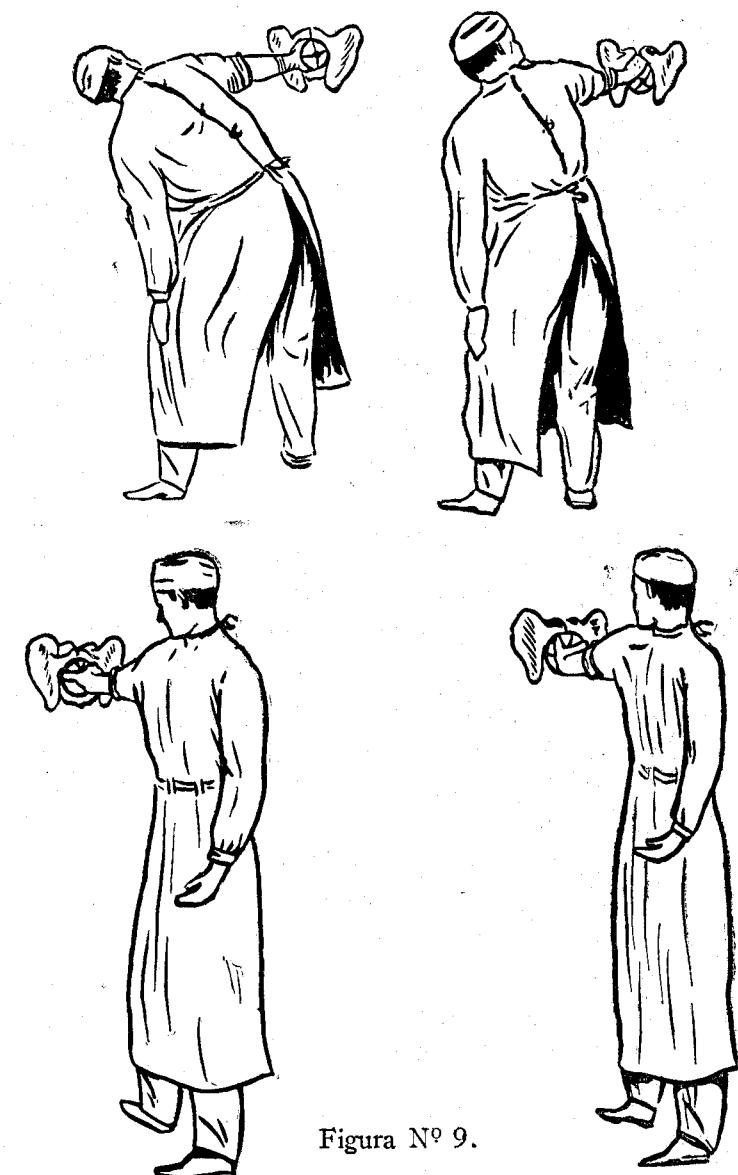


Figura N° 9.

INDICACIONES DE LA OTRA *Indicaciones:* ROTACIÓN DEL PARO

La rotación manual además de su absoluta indicación en el paro profundo de las posiciones posteriores y transversas tiene otras dos indicaciones:

1º—Si la rotación se efectúa en sentido contrario, al de una circular del cuello, se logra con esto deshacer dicha circular produciéndose por consiguiente un alargamiento del cordón umbilical. De allí se deduce que puede usarse cuando nos encontramos frente a una presentación la cual tiene circulares que impiden el descenso de la cabeza. (Ver caso N° 1.)

2º—En las presentaciones deflexionadas (cara y frente) esta maniobra, al rechazar la cabeza por encima del estrecho superior logra en muchas ocasiones una nueva variedad de posición más favorable y con la cabeza bien flexionada.

Ventajas:

Muchos han sido los procedimientos que se han descrito para corregir un paro profundo en posterior. Haciendo un intento de clasificación los podemos dividir: 1º Maniobras Obstétricas Radicales, 2º Rotación Instrumental, y 3º Procedimientos que tienen por objeto cambiar la posición antes de que el parto se inicie.

Estudiemos ahora las ventajas de nuestro método sobre los anteriormente enumerados. Entre los primeros encontramos la operación cesárea y la versión por maniobras internas seguida de gran extracción podálica.

La operación cesárea debe ser descartada de plano cuando se efectúa solo por presentación posterior, puesto que el procedimiento no justifica la causa por existir tratamientos de mayor simplicidad.

La Versión por Maniobras Internas: está completamente contraindicada en las primíparas por lo cual nuestro procedimiento es el único al que podemos recurrir. En las multíparas la versión es mucho más difícil de ejecutar y la mortalidad fetal y materna es alta.

En el 2º grupo queda incluida la rotación efectuada con los forceps articulados (Barton, Kielland y Luikart) o con una sola rama como lo efectúa Scanzoni. Todos los que hayan tenido que aplicar un forceps en una posición oblicua posterior saben lo difícil que es hacer una toma parieto-malar correcta; si a esto agregamos la gran rotación que se debe efectuar haciendo describir a los mangos un amplio círculo, al cual sigue una aplicación de forceps en anterior, nos daremos cuenta de la suma sencillez de nuestro procedimiento. Por todos son conocidas las serias consecuencias que trae esta rotación cuando no es efectuada por un especialista: 1º Compresión del encéfalo y asfixia, 2º Fractura del cráneo con hemorragia, 3º Contusión cerebral, 4º Parálisis facial por compresión, 5º Céfalo Hematoma, 6º Compresión o sección del cordón umbilical y 7º En general estas criaturas son muy propensas a las infecciones neumococcicas y a la atelectasia. Además por parte de la madre son muy frecuentes los grandes desgarros del periné.

La maniobra de Scanzoni, puesta aún en manos de obstetras experimentados es sumamente difícil de ejecutar, llevando consigo los mismos peligros que describimos en la maniobra anterior.

Por último en el tercer grupo encontramos el método descrito por Buist y Watson que consiste en colocar una toalla bien doblada entre el hombro anterior y la espina de la pelvis materna. Esta toalla debe ser mantenida firmemente por un vendaje durante 24 horas. De acuerdo con las ideas de Watson este procedimiento produce un cambio de las variedades posteriores a anteriores. Pero tiene el inconveniente de qué debe ser aplicado en el último período del embarazo y dada la absoluta carencia de cuidados prenatales en nuestro medio, en la mayoría de los casos, no es posible hacer un diagnóstico correcto antes de que el parto se inicie.

Resumiendo tenemos: 1º Que nuestra maniobra por su simple ejecutoria no necesita de especialista para ser practicada; 2º La mortalidad materna e infantil de nuestros casos fué 0; 3º Las criaturas no padecieron de ningún traumatismo obstétrico; 4º No hubo ningún desgarro perineal grado III; y 5º No se produjo ningún prolapsito del cordón.

Capítulo Cuarto

Casos Clínicos:

Los siguientes casos fueron tomados de la Sala Segunda de Maternidad del Hospital General de Guatemala, y de la Maternidad del Dr. Ricardo Alvarez O.

OBSERVACION Nº 1

Nombre: D. de A.

Edad: 26 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 2.

Pelvometría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

E. P.

Complicación del Parto: Paro Profundo Izquierdo. Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rótacion Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 1º de mayo de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Con circular alrededor del cuello.

Sexo: Masculino.

Peso: 8 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION Nº 2

Nombre: G. O.

Edad: 33 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 4, P: 3, uno normal y dos con forceps.

Pelvimetria: Relativamente estrecha.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Simpson en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 30 de junio de 1947.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo femenino.

Peso: 6 libras 8 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION Nº 3

Nombre: B. de M.

Edad: 23 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 2. En los dos partos anteriores los niños murieron al nacer; el primero en México y el segundo en los Estados Unidos.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha 17 de julio de 1947.

Complicación Materna: Desgarradura Perineal G: 1.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 9 libras 3 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 4

Nombre: A. de P.

Edad: 26 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1, A: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Paro Profundo Posterior Derecho.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior. Episiotomía previa.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 22 de agosto de 1947.

Complicación Materna: Sutura episiotomía bilateral.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 8 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 5

Nombre: J. P.

Edad: 20 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Expulsión Prolongada por Paro Profundo Derecho Posterior. Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Kielland en anterior.

Operadores: Dr. R. Alvarez O. y Dr. F. Silva Peña.

Anestesia: Ether.

Fecha: 18 de febrero de 1948.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 8 libras 2 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 6

Nombre: M. de P.

Edad: 24 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1, A: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

I. P.

Complicación del Parto: Trabajo irregular. Paro Profundo Posterior Izquierdo.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 12 de abril de 1948.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 9 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 7

Nombre: M. E. G.

Edad: 19 años.

Pelvimetria: Normal.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0, A: 0.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro Profundo derecho Posterior.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°. Episiotomía lateral derecha. Aplicación de forceps en anterior. Sutura de la episiotomía con catgut cromizado Nº 0.

Operadores: Dr. Jorge Pellecer y Br. M. Tercero.

Fecha: 10 de mayo de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 6 libras 11 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 8

Nombre: R. de Mc.

Edad: 37 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 7, P: 6, A: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: O. S.

Complicación durante el parto: Expulsión prolongada por persistencia posición O. S. Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rotación Manual de 225°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 17 de junio de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 5 libras 12 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 9

Nombre: E. de L.

Edad: 30 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico Embarazo simple a término. Posición V.

D. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por resistencia de las partes blandas y Paro Profundo en Posterior Derecho.

Tratamiento:

Episiotomía lateral izquierda. Rotación Manual en 180°, seguida de aplicación de forceps de Simpson en anterior. Sutura de la episiotomía.

Operadores: Dr. Jorge Pellecer y Br. O. Aguilar.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 7.5 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 10

Nombre: S. de R.

Edad: 31 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 3, A: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Paro Profundo Posterior Derecho.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 14 de enero de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 7 libras 10 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 11

Nombre: M. J. L.

Edad: 20 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 2, A: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Sufrimiento fetal y agotamiento materno.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, episiotomía. Aplicación de forceps de Simpson en anterior.

Operadores: Dr. Jorge Pellecer y Br. E. Castillo A.

Anestesia: Ether.

Fecha: 14 de enero de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 6 libras 11 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 12

Nombre: L. de B.

Edad: 23 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

Complicación del Parto: Expulsión Prolongada por Paro Profundo Posterior Izquierdo.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 18 de abril de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 6 libras 11 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 13

Nombre: J. Q.

Edad: 24 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 2, A: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: O. S.

Complicación del Parto: Expulsión Prolongada por Paro Profundo en O. S. Sufrimiento fetal y agotamiento materno.

Tratamiento:

Rotación Manual de 225°, seguida de aplicación de forceps de Kielland en anterior.

Operador: Br. A. Viau D.

Anestesia: Ether.

Fecha: 28 de junio de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Peso: 5 libras 13 onzas.

Sexo: Femenino.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 14

Nombre: A. M.

Edad: 30 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Expulsión Prolongada por Paro Profundo en Derecha Posterior. Agotamiento materno. Sufri-
miento fetal.

Tratamiento:

Episiotomía. Rotación Manual de 180°, seguida de aplica-
ción de forceps de Simpson en anterior. Sutura de la episiotomía.

Operador: Br. A. Viau D.

Anestesia: Ether.

Fecha: 12 de julio de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 15

Nombre: A. de K.

Edad: 27 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 2.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

I. P. Deflexionada.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°. Al suspender la anestesia se
produjo la expulsión espontánea.

Operador: Dr. R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 21 de julio de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras 8 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 16.

Nombre: M. de E.

Edad: 28 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

I. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro Profundo Posterior Izquierdo.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 29 de julio de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 8 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 17.

Nombre: J. P.

Edad: 26 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 3, P: 2, A: 1.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición V.

D. P.

to fetal por Paro Profundo Derecho Posterior.

Complicación del Parto: Agotamiento materno y sufrimiento.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Kielland en anterior.

Operador: Br. A. Viau D.

Anestesia: Ether.

Fecha: 10 de agosto de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 9 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 18.

Nombre: H. de C.

Edad: 20 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

I. P.

Complicación del Parto: Aglutinación del Cuello. Sufri-
miento Fetal por expulsión prolongada.

Tratamiento:

Anestesia: Epidural.

Técnica: Dilatación manual del cuello. Rotación manual
de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Fecha: 24 de agosto de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

Nombre: J. C.

Edad: 19 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición V.

D. T.

Complicación del Parto: Paro Profundo en Transversa
Derecha.

Tratamiento:

Rotación Manual de 90°, seguida de aplicación de forceps
de Kielland.

Operador: Br. A. Viau D.

Anestesia: Ether.

Fecha: 27 de agosto de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 6 libras 4 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 20.

Nombre: M. de V.

Edad: 22 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1, A: 0.

Pelvimetría: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

I. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro
Profundo Posterior Izquierdo. Retención de Placenta.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart. Extracción Manual de la Placenta.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 17 de septiembre de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras 8 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 21.

Nombre: I. O.

Edad: 19 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. T.

Complicación del Parto: Paro Profundo en Derecha Transversa.

Tratamiento:

Rotación Manual de 90°, seguida de aplicación de forceps de Simpson en anterior. Episiotomía previa al anterior tiempo.

Operador: Br. L. Rivera D.

Anestesia: Ether.

Fecha: 20 de septiembre de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 9 libras 11 onzas.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 22

Nombre: O. de O.

Edad: 21 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1. Parto anterior terminado con forceps.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición V. P. I.

Complicación del Parto: Expulsión Prolongada por Paro Profundo Posterior Izquierdo. Agotamiento materno.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 24 de septiembre de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Femenino.

Peso: 9 libras 11 onzas.

Sin lesión traumática.

OBSERVACION N° 23.

Nombre: H. C.

Edad: 26 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0, A: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V.

D. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro Profundo Derecho Posterior. Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Kielland en anterior.

Operadores: Doctor R. Alvarez O. y Br. A. Recinos.

Anestesia: Ether.

Fecha: 1º de octubre de 1949.

Complicación Materna: Desgarradura perineal G: 2 Suturada.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 8 libras.

Lesión Obstétrica: Ninguna.

OBSERVACION N° 24.

Nombre: Z. de A.

Edad: 26 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 2, P: 1.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V. I. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro Profundo en Posterior Izquierdo. Agotamiento materno.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguida de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras.

Sin lesión Obstétrica Traumática.

OBSERVACION N° 25.

Nombre: O. A.

Edad: 30 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 4, P: 3.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Leucemia crónica Linfoide. Embarazo simple a término. Posición: V. I. P.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguido de aplicación de forceps de Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.

Anestesia: Ether.

Fecha: 27 de octubre de 1949.

Complicación Materna: Ninguna.

Niño:

Sexo: Masculino.

Peso: 7 libras 8 onzas.

Sin lesión traumática obstétrica. Ictericia al segundo día.

Se normalizó rápidamente.

OBSERVACION N° 26.

Nombre: C. de G.

Edad: 21 años.

Antecedentes Obstétricos: G: 1, P: 0.

Pelvimetria: Normal.

Diagnóstico: Embarazo simple a término. Posición: V. D. P.

Complicación del Parto: Expulsión prolongada por Paro Profundo Derecho Posterior. Sufrimiento fetal.

Tratamiento:

Rotación Manual de 180°, seguido de aplicación de forceps Luikart en anterior.

Operador: Doctor R. Alvarez O.
Anestesia: Ether.
Fecha: 14 de noviembre de 1949.

Complicación Materna: Desgarradura perineal G: 1. Suturada.

Niño:

Sexo: Femenino.
Peso: 8 libras.
Sin lesión Traumática Obstétrica.

Son auténticas:

Doctor RICARDO ALVAREZ O.

CONCLUSIONES

1º—El encajamiento de la cabeza se efectúa en la mayoría de los casos sobre el diámetro transverso y no en los oblícuos como se creía antiguamente.

2º—Dada la forma especial de la pelvis antropoide, es en ella que se produce el mayor número de «Paros Profundos».

3º—La «Rotación Manual» seguida de Aplicación de Forceps en Anterior, constituye el tratamiento de elección de estos casos: 1º, su técnica es sencilla; y 2º, sus resultados son excelentes.

4º—Este procedimiento sustituye con ventaja la aplicación de forceps en posterior, la cual es sumamente difícil de ejecutar aún por personas experimentadas, por lo cual diremos: «No más Forceps Posteriores».

5º—Cuando la Rotación Manual es efectuada por distosia producida por presentación viciosa, puede esperarse un parto espontáneo.

6º—Por disminuir la mortalidad infantil y los desgarros perineales, debe ser difundida, dada a conocer, y recomendada principalmente a todos aquellos que se inician en esta práctica.

ALBERTO VIAU D.

Imprímase:
Doctor C. M. GUZMAN,
Decano.

Vo. Bo.:
Doctor RICARDO ALVAREZ O.

B I B L I O G R A F I A

Jaime Moragues Bernat: «Clínica Obstétrica».

De Lee-Greenhill: «Principios y Práctica de Obstetricia».

Favre: «Precis D'Obstétrique».

Carl Henry Davis: «Gynecology and Obstetrics».

De Lee-Greenhill: «Year Book of Obstetrics and Gynecology», 1941.

Edward L. Cornell, M. D., D'Esopo, D. A.: «The Occipito-posterior Position. — Surgery, Gynecology and Obstetrics». Volume 74, May 1942, Nº 5.

Carl T. Javert and K. B. Ateele, M. D., New York, New York: «The Transverse Position and the Mechanism of Labor. — Surgery, Gynecology and Obstetrics». Volume 75, December 1942, Nº 6.

Kyle B. Steele, M. D., F. A. C. S. and Carl T. Javert, M. D., New York, New York: «The Mechanism of Labor for Transverse Position of the Vertex. — Surgery, Gynecology and Obstetrics». Volume 75, October 1942, Nº 4.

Beck: «Práctica de Obstetricia».

Aribemont-Gdessaaignes: «Traté D'Obstétrique».

Peralta Ramos: «Obstetricia, Ginecología, Puericultura».