

MANUAL  
DE  
OBSTETRICIA

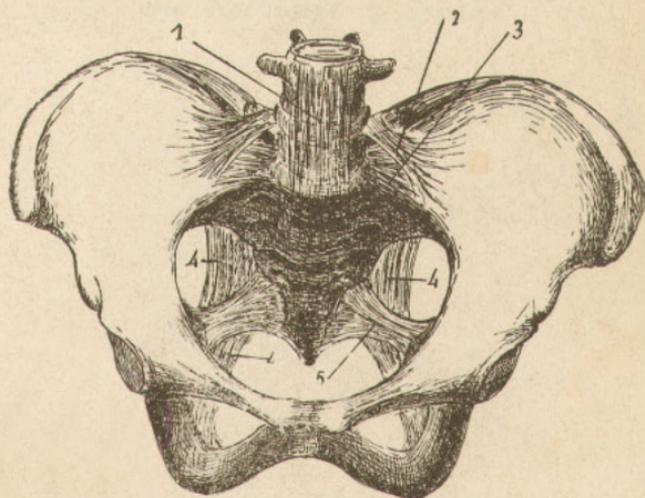
PARA EL USO DE LA  
MATRONA

POR EL

DR. CÁRLOS MONCKEBERG

Profesor libre de Obstetricia i especialista en las enfermedades  
de los niños.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TESTO



SANTIAGO DE CHILE  
ESTABLECIMIENTO POLIGRÁFICO ROMA

Calle de la Bandera, 30

—  
1898

## II

### **Cuidados que debe prestar la matrona durante el embarazo i durante el parto**

**Durante el embarazo.**—Llamada una matrona para asistir a una mujer durante el embarazo, debe cerciorarse en primer lugar si está o no embarazada; si lo está, verificar si se halla a término o en el trabajo del parto.

Si se halla en el último mes del embarazo i la cabeza está encajada, el pronóstico será favorable, i debe recomendarle una buena higiene, ejercicio moderado, baños aromáticos i *hacer cada ocho dias el exámen de la orina para asegurarse si contiene albúmina*; dado caso que la haya, debe insistir en la presencia de un médico para que imponga un tratamiento adecuado a la enferma i salvar así su responsabilidad.

Dará a la mujer todas las instrucciones sobre los útiles que debe tener preparados para el momento del parto: lienzo en cantidad suficiente, tela encerada o papel engomado para proteger la cama, un irrigador vaginal provisto de sus cánulas, un bidet, una solucion antiséptica, vaselina antiséptica i algodón esterilizado o sublimado.

Si despues de haber tactado a la mujer encuentra el cuello ríjido, debe recomendarle baños tibios aromáticos a 34° i que cada dia se practique una inyeccion vaginal antiséptica durante los últimos quince dias que preceden al término presumible del embarazo.

Si la cabeza parece mui movable, se debe recomendar a la mujer el uso de una faja o cintura hipogástrico que mantenga al feto en situacion longitudinal e impida que la cabeza se deslice a una u otra de las fosas ilíacas.

El diagnóstico de la posicion i su variedad deben hacerse durante el embarazo por los medios de exploracion ántes estudiados.

**Durante el parto.**—Llamada la matrona a asistir una mujer que tenga dolores i en la que el feto se presente de vértice, deberá, **en primer lugar, ántes de hacer nada, practicar la desinfeccion rigurosa de sus manos**, i despues de su inmersión en un líquido antiséptico, establecer un diagnóstico completo de la presentacion, posicion, variedad i época en que se halla el trabajo del parto. *El tacto debe tener cuidado de practicarlo lo ménos posible.*

En seguida debe preparar la cama de la parturienta del modo siguiente: primeramente se cubre el colchon de una tela impermeable tan grande como sea posible i se la sujeta con un alfiler de gancho en cada uno de sus ángulos; sobre ésta se coloca una sábana limpia que permanecerá colocada los ocho o diez primeros dias despues del parto; a la altura del punto donde van a estar colocadas las nalgas de la mujer se coloca una sábana plegada, que sirve para envolverla despues del parto.

Por encima de esta sábana se coloca otra plegada en cuatro dobleces, dentro de la cual se pone una tela impermeable o papel engomado; esta sábana así dispuesta se fija sólidamente en la parte superior por tres alfileres imperdibles i a cada lado por un alfiler ordinario. Cuando la mujer ha parido i alumbrado, se retira esta sábana arrollándola para que la parida se encuentre sobre un lienzo completamente limpio.

Arreglada ya la cama, la matrona pasará revista a todos los objetos necesarios para limpiar i vestir el niño, preparar i desinfectar el cordon, etc., que debe usar para la ligadura del cordon funicular, colocarlo junto con las tijeras que va a usar para cortar el cordon, en un lugar donde lo tenga a mano.

Debe hacer en seguida que la mujer orine i si el recto está ocupado administrarle un enema abundante, lo que tiene la doble ventaja de facilitar la progresion de la cabeza del feto i evitar la salida de materias fecales en el momento de la espulsion del feto.

Miéntras la mujer se halle en el período de dilatacion, el papel de la matrona se reduce a hacer ligeras fricciones sobre el vientre, la rejion sacra, animar a la mujer i recomendarle paciencia, haciéndolo con suavidad i buenas maneras; no ser charladora: debe evitar toda conversacion que pueda asustar a la mujer; digo esto porque mui a menudo se ven matronas que refieren historias de partos horripilantes, hasta el punto de producir en las pobres enfermas verdaderos accesos nerviosos, i que seguramente dichas proezas en que decian ellas haberse encontrado, de lo que mas adolecian era de falta de verdad.

Volvemos a repetirlo: debe *ser mui sóbria en practicar el tacto, que puede ser siempre causa de infeccion.*

Durante el período de dilatacion la mujer, acosada por fuertes dolores, pregunta a menudo a qué horas parirá, si le falta mucho, etc.; en estos casos la matrona debe manifestar a la mujer, sobre todo si es primeriza, que es conveniente que esos dolores sean fuertes, pues de ese modo se desocupará mas pronto; que eso hace avanzar el parto; pero debe cuidarse mu-

cho de indicar la hora fija del término probable del parto, puesto que no hai nada mas variable que esto; es verdad que la esperiencia enseña a preveer la hora probable en que se verificará el parto, pero de tódos modos no hai que olvidarse que las equivocaciones son mui frecuentes. Unas veces el trabajo comienza lento, las contracciones uterinas son poco frecuentes i poco intensas; pero de repente a consecuencia del encajamiento mas profundo o de una inclinacion mas favorable de la cabeza i sobre todo despues de la rotura espontánea i precoz de las membranas, los dolores se hacen mas fuertes, mas aproximados i el parto termina con rapidez. Otras, por el contrario, la dilatacion del orificio uterino se hace con rapidez, la mujer comienza a pujar, pero el músculo uterino se cansa, las contracciones se hacen ménos frecuentes, disminuye su intensidad i la mujer no puede parir sino con la ayuda del forceps.

Asunto mui importante es saber si la mujer en el primer período del trabajo puede estar en pié; si las membranas se han roto no hai discusion posible: la mujer debe quedarse en cama, si no lo hace así, cualquiera que haya sido el momento en que la ruptura se halla producido, el líquido amniótico continuará derramándose aun en los intervalos de las contracciones i el trabajo del parto se hará mas dificultoso.

La mujer, cuando las membranas están intactas, puede andar por la habitacion i en el momento de los dolores asirse a los muebles, apoyándose al paso en las personas que encuentra a su alrededor; en estos casos es conveniente que la matrona la acompañe i sirva de apoyo, haciéndole cada vez que vengan los dolores nuevas fricciones en la rejion sacra, que son de mucho alivio para la mujer; la posicion de pié, por lo jeneral, es preferida por la mujer, porque en esta posicion tienen ménos dolores a causa de que la cabeza fetal se apoya ménos sobre el segmento inferior del útero, siendo entónces las contracciones ménos frecuentes i mas cortas.

Durante el periodo de dilatacion es necesario que la matrona ausculte el vientre de la mujer cada hora, por ejemplo, para cerciorarse del estado del feto i poder así dar razon a la familia i prevenirla, si la muerte del feto tiene lugar.

Hemos estudiado ya el papel importantísimo que desempeña la bolsa de las aguas en el mecanismo del parto, por lo cual la matrona debe respetarla durante todo el período de dilatacion i al practicar el tacto debe hacerlo con mucha prudencia por temor a romperla i retardar así el trabajo, haciendo ménos frecuentes las contracciones.

Sin embargo, en dos circunstancias está autorizada la matrona a romper las membranas: 1.º cuando está bien segura del encajamiento de la cabeza i la dilatacion progresa mui poco, encontrándose la bolsa de las aguas constantemente tensa aun en el intervalo de las contracciones; o bien cuando hai tension uterina permanente por esceso de líquido; basta entón-ces evacuar en parte el útero para que éste recobre su tonicidad i se contraiga con regularidad; 2.º Cuando la mujer pierde san-gre en regular cantidad, debida a una insercion viciosa de la placenta o a su desprendimiento prematuro.

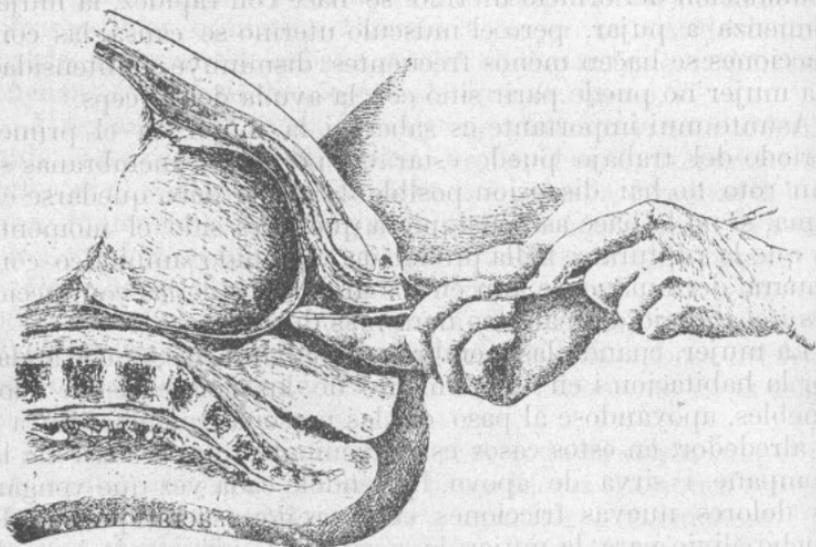


FIG. 116. MANERA DE ROMPER ARTIFICIALMENTE LAS MEMBRANAS

Sobre el índice de la mano izquierda que sirve de guía, el perfora-membranas es empujado por la mano derecha hasta tocar la bolsa de las aguas.

La manera como debe practicarse esta pequeña operacion es la siguiente: la matrona debe hacer uso de un *perfora-membranas* que es un instrumento compuesto de un tallo de ballena redondeado i recto de 25 centímetros de longitud i provisto en su estremidad de una porcion de hueso o marfil tallado en punta, este pequeño instrumento no debe hacer falta en el es-

tuche de una matrona, porque ya pasó el tiempo de hacer esta operacion con la uña, hoy las uñas de la matrona deben estar cortadas al rápe.

Para proceder se practica con cuidado el tacto, de manera que el índice i el medio esten en contacto con las membranas, con la otra mano se toma i dirige el perfora-membranas paralelamente al eje de los dedos que protejen los tejidos maternos, se espera a que una contraccion ponga tensas las membranas i se punza con suavidad la bolsa amniótica, para que la punta no vaya a lesionar el cuero cabelludo del feto; si el orificio es mui pequeño se agranda con el dedo índice haciendo una presion sobre los bordes del orificio.

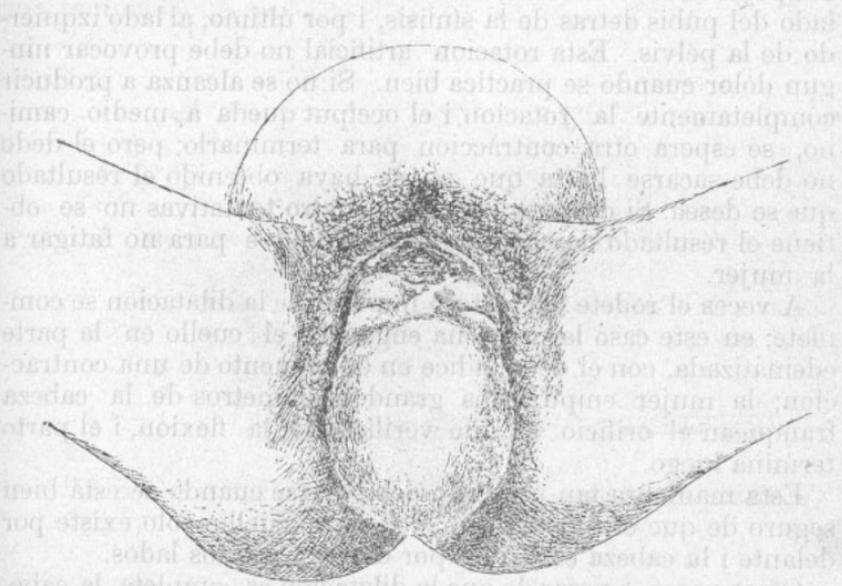


FIG. 117. DESPRENDIMIENTO DE LA CABEZA EN OCCÍPITO-SACRA O POSTERIOR DIRECTA; CASI LA TOTALIDAD DE LA CABEZA HA SALIDO DE LOS ÓRGANOS JENITALES. QUEDA LA PARTE INFERIOR DE LA CARA QUE SE DESPRENDE DEBAJO DEL PÚBIS POR UN MOVIMIENTO DE DEFLEXION DE LA CABEZA.

*Quando la dilatacion es completa, es preciso romper artificialmente las membranas.* puesto que si la ruptura no se verifica espontáneamente, puede crear malas condiciones para el tiempo de la espulsion completa de las membranas en el acto del alumbramiento.

En las *posiciones occípito-posteriores* la matrona debe seguir el consejo de Tarnier, no intervenir hasta que la dilatacion sea completa o casi completa, nunca ántes, entónces como en estas posiciones una de las orejas del feto está en relacion con la eminencia fleo-pectínea ya izquierda o derecha i siendo fácilmente accesible puede prestar al dedo un excelente punto de apoyo; se introduce profundamente el dedo índice, el izquierdo para la posicion occípito-iliaca derecha posterior i se aplica sobre el lado de la cabeza, deslizándole hácia adelante i arriba, hasta que se toca el reborde posterior de la oreja izquierda en toda su altura; se espera entónces una contraccion del útero i se apoya el dedo sobre la cabeza llevándola con fuerza hácia el lado del púbis detras de la sínfisis, i por último, al lado izquierdo de la pélvis. Esta rotacion artificial no debe provocar ningun dolor cuando se practica bien. Si no se alcanza a producir completamente la rotacion i el occíput queda a medio camino, se espera otra contraccion para terminarlo; pero el dedo no debe sacarse hasta que no se haya obtenido el resultado que se desea. Si despues de tres ó cuatro tentativas no se obtiene el resultado deseado, no debe insistirse para no fatigar a la mujer.

A veces el rodete edematoso impide que la dilatacion se complete; en este caso la matrona engancha el cuello en la parte edematizada, con el dedo índice en el momento de una contraccion; la mujer empuja, los grandes diámetros de la cabeza franquean el orificio uterino verificando la flexion, i el parto termina luego.

Esta maniobra tan útil, solo debe usarse cuando se está bien seguro de que el rodete formado por el cuello solo existe por delante i la cabeza está libre por detras i por los lados.

Otras veces, a pesar de que la dilatacion es completa, la cabeza en posicion posterior no progresa; en este caso se introduce la mano detras de la cabeza i se la coloca trasversal i hasta anteriormente, por lo jeneral esto basta, si no es necesario que la matrona acuda al médico para aplicar el forceps.

Cuando el occipucio se dirige atras i las contracciones son regulares i enérgicas es conveniente esperar a que la espulsion sea espontánea; pero si la cabeza permanece mas de dos horas sin progresar despues de estar completa la dilatacion, se debe acudir al forceps.

Pasamos ahora al período de espulsion donde el papel de la matrona es el mas importante, tanto para la madre como para el feto.

Desde que la mujer comienza a empujar, es conveniente hacer el tacto para saber si la dilatacion es completa, una vez que se ha cerciorado de ello, ausculta el vientre de la madre para saber el estado en que se encuentra el feto; hecho esto, retira las sábanas que la cubren para que no se ensucien, arrollándolas a los piés de la cama; los miembros inferiores deben estar cubiertos con pantalones de franela que suben hasta la raiz de los muslos, o en su defecto un paño puede llenar el objeto, en seguida acerca, para tener a la mano un recipiente lleno de líquido antiséptico, tijeras asépticas i el cordon de hilo o seda fuerte para la ligadura del cordon; en otro recipiente se colocan tapones de algodón antisépticos, sumerjidos en una solucion templada.

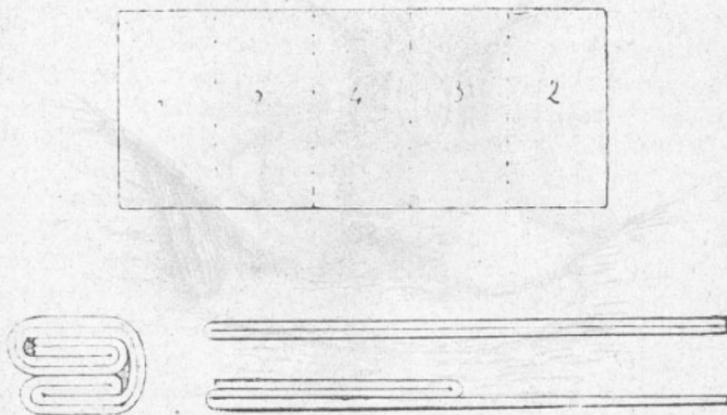


FIG. 118

Si la mujer ha permanecido de pié durante el primer período; una vez que la dilatacion se ha completado, se la debe hacer que se acueste aunque ella no lo quiera; se la coloca en decúbito dorsal i lo mas cerca posible del borde prefiriendo el lado derecho de la matrona; las almohadas deben ser blandas i en número de una, i las nalgas mas elevadas por medio de un *levanta-pélvis*, que se puede hacer con un libro grande envuelto en una sábana o bien una sábana sola doblada de modo que forme una especie de cojín, que tiene la ventaja de resguardar

dar la cama; esta sábana se desdobra despues que ha salido el feto, de modo que la mujer se halla siempre sobre un lienzo limpio, aunque éste despues se ensucie en el alumbramiento.

El dobléz que debe hacerse a la sábana, que va a servir de *levanta-pélvis* o *sábanas de nalgas* se prepara del modo siguiente: se dobla en dos a lo ancho i en ocho a lo largo, midiendo así próximamente 1 metro por 40 centímetros, se arrolla el 1 sobre el 5, despues el 2 sobre el 3, sobre el 4 i sobre el 1 formando así un cojín.

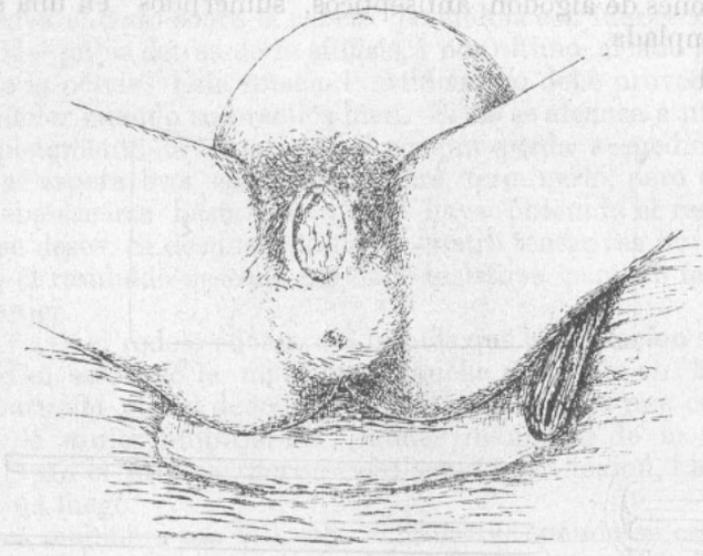


FIG. 119. LA MUJER ESTÁ COLOCADA SOBRE LA SÁBANA DE NALGAS. LA CABEZA APARECE EN LA VULVA DISTENDIENDO MUCHO EL PERINÉ ANTERIOR I EL POSTERIOR. EL AÑO ESTÁ ENTREABIERTO.

La posicion en que se acostumbra a acostar a la mujer en Chile durante el período de espulsion, es el decúbito dorsal, con la cabeza mas baja que las nalgas, los miembros inferiores flexionados i un poco separados, de modo que los talones esten cerca de las nalgas i tomen un sólido punto de apoyo en el plano de la cama, de este modo se evitan los calambres que son tan dolorosos durante éste período.

En Inglaterra i otros paises se acostumbra a acostar la mujer en posicion lateral izquierda, con los muslos plegados en ángulo derecho sobre el tronco, el superior mas flexionado que el inferior, colocando una almohada entre ellos para mantenerlos separados. Las manos se colocan para sostener el periné como lo indica la figura 120.

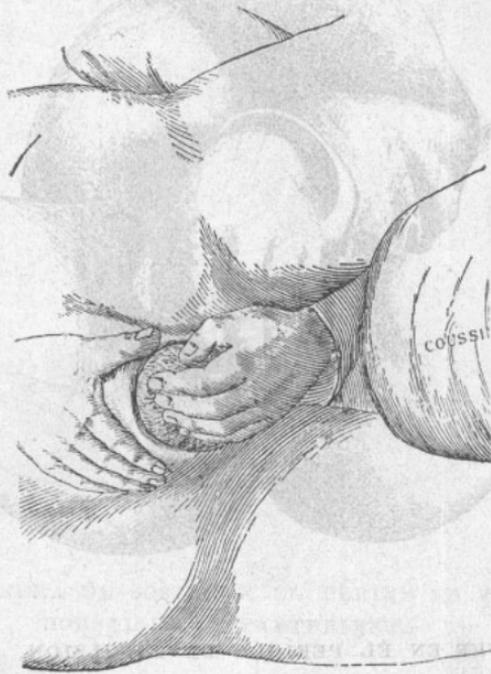


FIG. 120. MANERA DE SOSTENER EL PERINÉ EN LA POSICION LATERAL DE LA PARTURIENTA

En tanto que la cabeza del feto no haya franqueado los diámetros coxipubianos, el cóxis no haya sido completamente rechazado, i que la cabeza empiece a asomar en la vulva, entre los intervalos de las contracciones uterinas, la matrona debe limitarse a dar valor a la mujer, aconsejarle cómo debe empujar; decirle que el esfuerzo debe ser semejante al que haría si tratase de evacuar el intestino; que lo haga sin temor aunque se

produzca la defecacion, si esto sucede, decirle que no tiene nada de particular; debe tener a mano un paño para colocarlo sobre la sábana para que ésta no se ensucie.

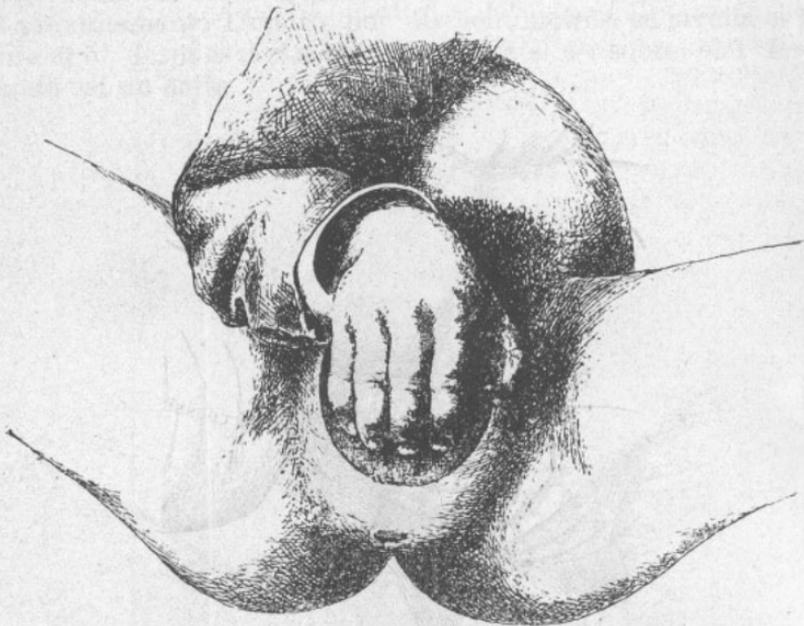


FIG. 121. MUJER EN EL PERÍODO DE ESPULSION, COLOCACION DE LA MANO DERECHA

En el momento de cada esfuerzo, se le deberá repetir que tome punto de apoyo en la cama con los piés, mientras con las manos se toma a los hierros o a alguna persona colocada cerca de ella; debe recomendarle ademas que cierre la boca en el momento del esfuerzo para que éste resulte útil.

Desde el momento que la cabeza del feto comienza a distender el periné abombándolo, la matrona no debe abandonar ni un instante a su enferma, porque de ella dependen las dislaceraciones que sufra el periné, su papel en este momento tiene por objeto moderar la salida brusca de la cabeza fetal, impidiendo

que la presión ejercida por ella sobre la comisura posterior sea muy fuerte.

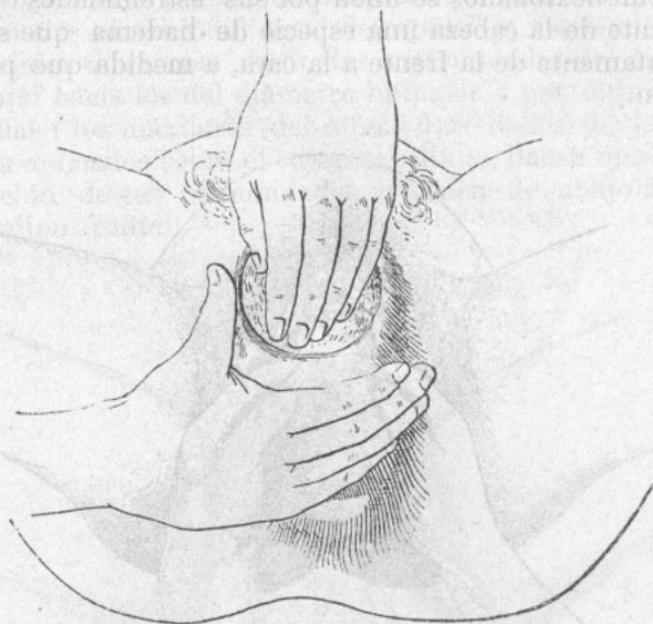


FIG. 122. MANERA DE SOSTENER EL PERINÉ EN LA POSICION DORSAL DE LA PARTURIENTA

El procedimiento que se emplea para sostener el periné i dirigir al feto en su espulsion, es el siguiente: en el momento en que la cabeza cesa de retroceder i ocultarse en el acto de las contracciones, la matrona colocada a la derecha o izquierda de la cama i segun el lado en que se encuentre, pasa su mano derecha o izquierda por debajo del muslo de la mujer, colocando la cara palmar de plano sobre el periné de modo que el pulgar se aplique sobre uno de los surcos jénito crurales i las estremidades de los otros cuatro dedos en el surco del lado opuesto; de este modo forma una horquilla con el pulgar i el índice, que se apoya sobre la comisura vulvar, abarcando en su concavidad toda la rejion fronto-facial del feto.

Miéntas tanto la mano izquierda pasa por encima del púbis i se dirige siguiendo el eje mayor de la vulva; la pulpa de los dedos vuelta hácia abajo, se aplica directamente sobre el cuero cabelludo del niño, rebasando el borde de la horquilla. Los dedos semi-flexionados se unen por sus estremidades i forman por delante de la cabeza una especie de diadema que se deslizará lentamente de la frente a la cara, a medida que progresa la flexion.

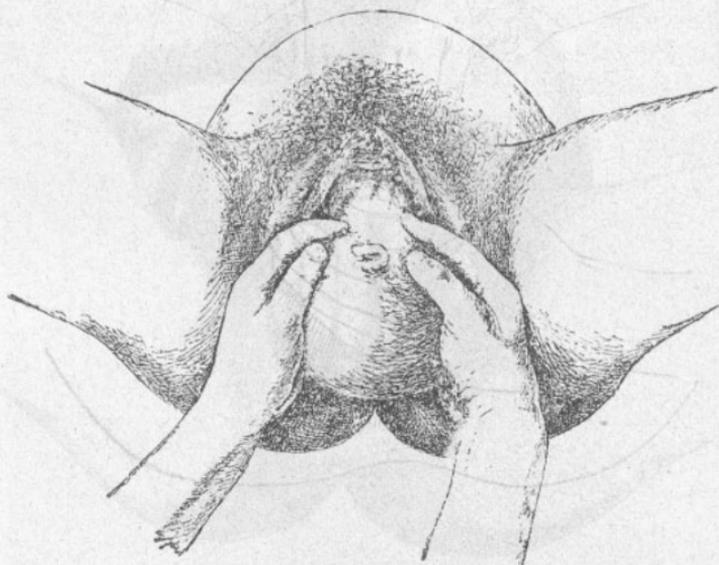


FIG. 123. LA MUJER ESTÁ EN EL PERÍODO DE ESPULSION

La cabeza ha ejecutado el movimiento de rotacion esterna. La matrona procede al desprendimiento de los hombros, para lo cual abarca la cabeza tomando punto de apoyo con los dedos de una mano debajo del menton i con los dedos de la otra detras del occipucio.

Colocadas así las manos, deben obrar segun las circunstancias, ya moderando o acelerando la evolucion del desprendimiento, sustituyendo a lo brusco de la espulsion espontánea, la moderacion de un desprendimiento artificial: de modo que puede decirse que la mujer no pare por sí misma sino con el auxilio de la matrona que la asiste.

La mano que sostiene el feto, debe inmovilizarlo desde que las eminencias parietales se encajan en el coronamiento vulvar,

en este momento se espera a que haya pasado toda contracción del útero i cuando éste ya esté en reposo, se inclina la cabeza fuera de los jentales, lo que se consigue haciendo que la mujer empuje con suavidad; la mano derecha que está colocada en la horquilla aprieta la cabeza transversalmente i los dedos dirijen hácia atras las paredes del canal de espulsion, haciendo deslizar los tejidos maternos, desde las estremidades del diámetro bi-temporal hácia los del diámetro bi-malar, i por último sobre las mejillas i los maxilares del niño. Los dedos de la mano izquierda aplicados sobre el cuero cabelludo, hacen una especie de reptacion de sus estremidades i atraen de abajo a arriba toda la rejion frontal.



FIG. 124. LA CABEZA ES COJIDA CON LAS DOS MANOS, ES DESCENDIDA I DIRIJIDA HÁCIA ABAJO PARA DESPRENDER BIEN EL HOMBRO ANTERIOR.

Con el objeto de impedir la demasiada distension del periné i por consiguiente evitar su ruptura, deben practicarse pequeñas maniobras en el momento del desprendimiento de la cabeza. Así, si las dos eminencias parietales, salen al mismo tiempo de los órganos jentales, se debe desprender con el dedo,

primero la eminencia parietal mas accesible para que así el periné no se distienda tanto.

Una vez que la cabeza ha salido de los órganos jenítales la matrona debe en el instante mismo asegurarse si existen o nó circulares alrededor del cuello, que pueden producir una cordada natural del cordon i por consiguiente traccion sobre la placenta, i dificultad de la circulacion placentaria; lo que debe hacer en este caso es deshacer esta circular tirando hácia adelante de la parte placentaria del cordon i haciéndola deslizar alrededor de la cabeza fetal; si la circular está algo apretada se la hace deslizar de adelante o atras al nivel de los hombros i el feto pasa a traves del círculo formado por el cordon. En el caso que el cordon estuviese tan apretado que no pudiese ser desprendido, se le liga en dos puntos i se le corta i se desprende el feto lo mas rápidamente posible.

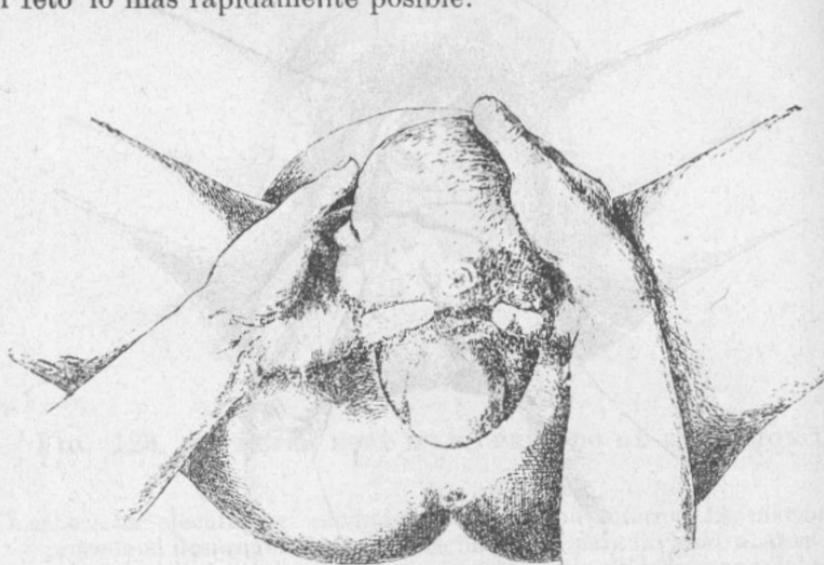


FIG. 125. LA CABEZA ESTÁ DIRIJIDA HÁCIA ARRIBA PARA DESPRENDER LENTAMENTE EL HOMBRO POSTERIOR

A veces suele suceder que no es la cabeza la que desgarrá el periné sino que esto se verifica en el momento del desprendimiento de los hombros i del miembro superior que se encuentra hácia atras. En este caso es preciso proceder con método i sin precipitacion al desprendimiento de los hombros. Para esto

se les deja orientarse i encajarse en la pélvis blanda; se conoce que este encajamiento se ha efectuado, cuando el movimiento de rotacion esterno de la cabeza se ha hecho; en la jeneralidad de los casos, el occíput se vuelve hácia el lado en que se encontraba ántes del movimiento de rotacion intra-pelviana.

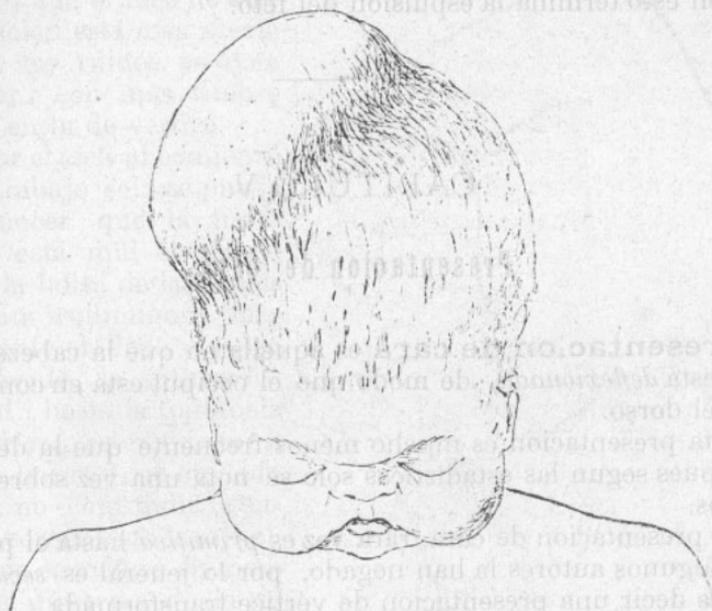


FIG. 126. BOLSA SERO-SANGUÍNEA SITUADA SOBRE EL PARIETAL DERECHO DESPUES DE UN PARTO (O I I A).

Se aconseja a la mujer que empuje i al mismo tiempo la matrona coje la cabeza entre las dos manos de modo que la palma de una recubra la rejion occipital, i de la otra se aplique sobre la cara; las estremidades de los dedos toman punto de apoyo por un lado en el occipucio i por otro debajo del menton, se tira hácia abajo i atras para encajar lo suficiente el hombro anterior.

Bajo la influencia de tracciones fuertes i contínuas las manos sienten una especie de salto producido por el encajamiento de los hombros en la pélvis blanda, el hombro anterior se coloca entónces bajo el arco pubiano; en algunos casos este hombro anterior se encaja tanto que se puede con suavidad despen-

der el miembro superior que se halla hácia adelante; cuando el hombro anterior está ya encajado se procede al desprendimiento del hombro posterior, para lo cual la matrona debe levantar mucho la cabeza hácia arriba i el desprendimiento se realiza sin dificultad.

Desprendidos los dos miembros se termina la extraccion tirando sin cesar la cabeza, pero entónces hácia arriba.

Con esto termina la espulsion del feto.

---