

## Distocias

### Participantes:

**Coordinador: Dr. Raúl López García**, coordinador de la Sección de Monitorización Fetal, Departamento de Investigación en Medicina Perinatal, Hospital de Gineco-obstetricia No. 1, IMSS.

**Dr. José Roberto Ahued Ahued**, jefe del Servicio de Gineco-obstetricia Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE.

**Dr. Samuel Karchmer**, jefe del Departamento de Investigación en Medicina Perinatal, Hospital de Gineco-obstetricia No. 1, IMSS.

**Dr. Velv Shor Pinsker**, coordinador de Investigación Clínica del Departamento de Medicina Perinatal, Hospital de Gineco-obstetricia No. 1, IMSS.

**Dr. Miguel Alejandro Urzúa L.**, coordinador de la Sección de Fisiología Obstétrica, Departamento de Investigaciones, Hospital de Gineco-obstetricia No. 1, IMSS.

**Dr. López García** **Distocia es toda anomalía en los mecanismos del trabajo de parto que influye sobre su evolución; puede ser de origen dinámico, fetal o materno. Las distocias se dividen en cuantitativas (alteraciones en la frecuencia de las contracciones) y cualitativas (contracciones incoordinadas); pueden influir sobre la constitución física del feto o provocarle hipoxia por alteraciones en el intercambio feto-materno.**

En la evolución de la gineco-obstetricia moderna destaca, como uno de los conceptos más sobresalientes, el efecto trascendental que tienen el embarazo y el trabajo de parto sobre el estado del recién nacido y su evolución ulterior. El hecho de que, cuando se les proporcionan servicios asistenciales adecuados, entre 80 y 90 por ciento de las mujeres embarazadas pasan los eventos obstétricos de su vida sin complicaciones, pone de manifiesto el valor de la participación del médico general como piedra angular del equipo de salud que debe atender las necesidades de la población obstétrica. Al mismo tiempo, resulta evidente que si se pretende disminuir en forma considerable las tasas de morbilidad, tanto materna como perinatal, es indispensable aplicar un criterio de selección óptimo para prevenir o tratar oportunamente las complicaciones.

Son tan imprevisibles las múltiples complicaciones del parto, la frecuencia con que se observan desviaciones de la normalidad en los mecanismos que se ponen en juego para la expulsión del feto a través del canal materno, y el carácter de urgencia que adquieren algunas de esas eventualidades, que es indispensable conocer a fondo sus causas para poder derivar normas de conducta que salvaguarden la integridad física y funcional de la madre, feto y recién nacido.

En base a lo anterior, se decidió realizar esta mesa redonda, con el propósito de revisar algunos capítulos de la problemática que plantean las distocias, dividiéndolas en tres tipos, de acuerdo a su origen: dinámico, fetal o materno. Con este criterio, quiero preguntar a los participantes que expresen cuál es el concepto de distocia.

**Dr. Karchmer** El término distocia puede definirse como cualquier anomalía en los mecanismos del trabajo de parto que influya sobre la evolución del mismo; pueden tener origen diverso, por lo que es muy importante el diagnóstico preciso para poder instituir un tratamiento oportuno y apropiado.

**Dr. Ahued** Si la palabra eutocia significa parto normal, distocia es todo aquello que dificulta la salida del feto, por lo que la palabra distocia significa dificultad para la salida del producto de la gestación a través del aparato genital de la mujer.

**Dr. López García** Para continuar con el orden propuesto, quiero preguntar al Dr. Urzúa cómo se clasifican los trastornos de la contractilidad uterina.

**Dr. Urzúa** Estos trastornos pueden dividirse en cualitativos y cuantitativos. Los cuantitativos son de dos tipos: aquéllos en que las ondas contráctiles del útero exceden por mucho los valores normales establecidos; y aquéllos en que el útero, por causas muy variables, trabaja o produce ondas de contracción con valores muy inferiores a los normales. Por valores anormales de la actividad uterina, entendemos aquellas contracciones cuya intensidad sobrepasa los 60 ml de mercurio, tienen una frecuencia superior a cinco en 10 minutos, y un tono mayor de 20 ml de mercurio; o por lo contrario, aquéllas cuya intensidad está por

### Cuadro 1. Factores mecanico-dinámicos que intervienen en el trabajo de parto

1. Un cuerpo móvil (feto)
2. Un anillo por donde habrá de pasar (pelvis)
3. Un impulso constituido por la actividad contráctil del músculo uterino.

debajo de 20 ml de mercurio, con frecuencia menor de 2 en 10 minutos, y tono inferior a 8 ml de mercurio. Los trastornos cualitativos implican que los marcapasos principales están trabajando en forma incoordinada, o que hay interferencia en la función de los marcapasos secundarios. Así las cosas, se denomina incoordinación de primer grado al tipo de alteración contráctil del útero, el cual provoca interferencia funcional entre los marcapasos principales que rigen la buena evolución del trabajo de parto. Se considera incoordinación de segundo grado, a aquella situación en que los marcapasos secundarios, como los principales, trabajan en forma aislada; de hecho, se trata de una interferencia funcional entre los marcapasos principales y secundarios.

**Dr. López García** ¿Qué efectos tienen sobre el estado del feto estas alteraciones de la contractilidad uterina?

**Dr. Shor** Estas alteraciones, que se suscitan durante el trabajo de parto, pueden repercutir de dos maneras fundamentales sobre el feto. Las primeras constan de modificaciones sobre la constitución física del propio feto debido a los cambios plásticos que ocurren en éste durante el parto distócico. Las segundas son repercusiones di-

### Cuadro 2. Efectos del trabajo de parto en la madre

- I. Cambios hemodinámicos (durante la contracción).
  1. Aumento de la frecuencia cardíaca
  2. Aumento del gasto cardíaco
  3. Aumento de la tensión arterial
  4. Aumento del trabajo ventricular
  5. Aumento de la presión venosa central
- II. Cambios respiratorios
  1. Aumento de la frecuencia respiratoria
- III. Cambios digestivos
  1. Anorexia
  2. Sed
  3. Vómito
  4. Defecación
- IV. Cambios en el sistema urinario
  1. Desplazamiento de vejiga y uretra
  2. Proteinuria
  3. Cilindros hialinos, leucocitos y eritrocitos
- V. Cambios generales
  1. Pérdida de peso
  2. Leucocitosis
  3. Hipoglucemia
  4. Desequilibrio hidroelectrolítico (Na, K, Ca, Cl, Agua)
  5. Acidosis

námicas, cuyo común denominador es el sufrimiento fetal agudo derivado de fenómenos de hipoxia, debidos a la dificultad del intercambio de sangre entre el feto y la madre por distocias dinámicas. La consecuencia más grave de este sufrimiento fetal es el daño que puede resultar en el cerebro cuando la hipoxia llega a prolongarse.

**Dr. López García** ¿Qué influencia tienen las alteraciones de la contractilidad uterina sobre la evolución del trabajo de parto?

**Dr. Ahued** Sin duda, las distocias dinámicas condicionan que el trabajo de parto tenga una evolución prolongada, lo que

### Cuadro 3. Efectos del trabajo de parto en el producto

- I. Sobre el corazón fetal  
Dips tipo I
- II. Cambios plásticos en la presentación
  1. Moldeamiento
  2. *Caput succedaneum*
  3. Cefalohematoma
- III. Sufrimiento fetal
  1. Frecuencia cardíaca fetal  
Dips tipo II  
Taquicardia  
Bradycardia  
Arritmias
  2. Metabólicos (micromuestras)  
Acidosis  
Disminución de  $pO_2$  y  $pCO_2$

provoca una alteración en el intercambio fetomaterno, y somete al feto a periodos prolongados de hipoxia, origen de alteraciones que pueden llegar a ser irreversibles.

**Dr. López García** La palpación abdominal, el escuchar el latido cardíaco fetal, y seguir el progreso de la dilatación cervical permiten un diagnóstico clínico de las distocias. La inversión del triple gradiente es una distocia por alteración de la progresión de la onda contráctil. El diagnóstico debe ser cuidadoso para no tomar medidas precipitadas que dañen tanto a la madre como al feto.

**Dr. Karchmer** Desde el punto de vista clínico, puede establecerse, por lo

menos en parte, el diagnóstico de la distocia dinámica; pero, por este método, no es posible evaluar la intensidad de la contractilidad uterina en milímetros de mercurio, ni practicar mediciones del tono; sin embargo, la palpación abdominal habitual permite establecer el diagnóstico en el caso de una anomalía cuantitativa en base a la frecuencia de la contractilidad uterina. Al mismo tiempo, se puede cono-

cer en términos generales, si el tono uterino es adecuado, ya que entre una contracción y la siguiente, existe un periodo de relajamiento que permite palpar al feto y escuchar adecuadamente el latido cardíaco fetal; si esto se logra, cabe suponer indirectamente que el tono es normal. Otro dato para el diagnóstico clínico de las alteraciones dinámicas es el progreso de la dilatación cervical que permite evaluar la evolución normal del trabajo de parto. Si se valoran estos tres parámetros se puede establecer el diagnóstico clínico de la distocia, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Evidentemente, algunos otros datos deberán suponerse por exclusión, ya que solamente los aparatos de registro electrónico permiten establecer el diagnóstico de las distocias en forma específica. Prácticamente en todos los casos, la vigilancia clínica del trabajo de parto permite establecer un diagnóstico adecuado de una distocia de contracción.

**Dr. López García** Una vez establecido el criterio en las alteraciones de la intensidad y frecuencia de la contracción, vale la pena analizar las características de progresión de la onda contráctil, y las alteraciones que puede sufrir.

**Dr. Urzúa** En lo que se refiere a la progresión normal de la onda contráctil, recordemos que tiene tres características esenciales. Se origina en uno de los marcapasos principales donde es más intensa, asimismo dura más en este sitio. Intensidad y duración decrecen a medida que la contracción desciende: hay predominio funcional de la parte superior sobre la inferior del útero.

Por ello, este tipo de gradiente recibe el nombre de triple gradiente descendente. Entre las alteraciones patológicas de esta progresión de la onda contráctil, tenemos la entidad conocida como inversión del triple gradiente, en el cual predomina el marcapaso situado en el cuello uterino, por lo que la onda se difunde hacia arriba haciendo tracción sobre las estructuras del cervix. Entonces, el trabajo de parto no progresa, con lo que se tiene la impresión

clínica de que el cuello se está engrosando. En estos casos, clínicamente no es posible tomar medida curativa alguna, ni siquiera hacer un diagnóstico preciso de la alteración (sólo se puede sospechar efectuando tacto vaginal y palpación abdominal combinadas) si no es colocando catéteres o microbalones en el espesor de varias regiones del músculo uterino.

**Dr. Shor** Las características de la contractilidad uterina y la evolución del trabajo de parto son propias de cada gestante, y hacen variar la duración del parto normal. Sin embargo, se han dispuesto normas generales para establecer una diferenciación clínica práctica entre trabajo de parto lento o trabajo de parto acelerado. Dichas alteraciones no pueden calificarse a corto plazo, y se requieren intervalos lo suficientemente amplios para poder estar seguros de que existe una distocia y no hacer un diagnóstico precipitado, tomando medidas prematuras que puedan alterar aún más la evolución del trabajo de parto al comprometer las condiciones de la madre y el feto.

**Dr. López García** La ocitocina se emplea en las distocias dinámicas por reducción de la frecuencia, pero su uso incorrecto puede dificultar el trabajo de parto. Su administración se inicia con soluciones muy bajas para poder valorar su efecto en cada paciente. El aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas puede originar deficiente intercambio materno-fetal, y se controla con uteroinhibidores (terbutalina, salbutamol, orciprenalina) siempre bajo estrecha vigilancia.

**Dr. Ahued** En primer lugar, quiero insistir en que la ocitocina es un medicamento que no debe manejarse en forma liberal; su administración está indicada en presencia de distocia dinámica por reducción en la frecuencia de contracciones uterinas por debajo de 2 por minuto; en estos casos, se administra por venoclisis y diluida en sue-

#### Cuadro 4. Hipoactividad

1. Inercia primaria. Alteración de la dinámica desde el inicio del trabajo de parto		
	Equivalentes	Terapéutica
A. Hiposistolia Contracciones inferiores a 25 mm Hg	Oligosistolia Hiposistolia primitiva Inercia hipotónica	Cuidados generales Amniotomía Ocitocina
B. Bradisistolia Menos de dos contracciones en 10 minutos	Oposistolia Hipodinamia	Cuidados generales Amniotomía Ocitocina
2. Inercia secundaria	Al inicio, el progreso del trabajo de parto es normal. Los datos son semejantes a la inercia primaria (A y B), pero generalmente se asocia con hipertonía. Frecuentemente se relaciona a un factor mecánico.	

ro glucosado a una velocidad que permita regular satisfactoriamente la contracción uterina. Esto requiere de una vigilancia muy estrecha por parte del médico que está a cargo de la paciente. Es importante regular el goteo para obtener un ritmo de contracciones satisfactorio y una buena actividad uterina. Si la ocitocina se administra en forma inapropiada, puede provocar alteraciones de la contractilidad uterina que tienen como consecuencia graves problemas fetales y maternos.

Cabe insistir en que, bien empleada, la ocitocina es una droga sumamente útil; pero que, cuando su empleo es incorrecto, puede dificultar la buena evolución del parto.

**Dr. Karchmer** Quisiera señalar que, en muchas distocias de tipo dinámico, pueden coexistir otras distocias de origen mecánico. Por ello, antes de decidir la administración de ocitocina, el caso debe revalorarse para no pasar por alto una desproporción cefalopélvica que interfiera con el progreso normal del trabajo de parto.

**Dr. Urzúa** Para decidir si se administra ocitocina, conviene observar ciertas normas, siendo una de ellas el diagnóstico cuidadoso, como acaban de mencionar los doctores Ahued y Karchmer. Otra norma a observar es que el médico encargado del

parto ha de tener en cuenta que cada paciente responde en forma distinta a la ocitocina, por lo que, de ser posible, la infusión de ocitocina debe iniciarse utilizando bomba de infusión y, si no se dispone de ésta, a bajas soluciones del fármaco que sólo contengan cinco a diez miliunidades por mililitro de solución fisiológica. Con estas soluciones, la administración de la droga se inicia a dosis de una a dos miliunidades por minuto. Para valorar el efecto de la ocitocina, conviene esperar un tiempo prudente, variable para cada paciente, hasta obtener la respuesta fisiológica esperada; o sea, la producción de contracciones uterinas que reúnan las características de normalidad mencionadas al principio de esta mesa redonda.

**Dr. López García** ¿Qué riesgos puede implicar para la paciente la administración de ocitocina?

**Dr. Shor** La aplicación indiscriminada de este medicamento puede conducir a una exageración de la actividad uterina hasta llegar a lo que se denomina hipertonía. Esta entidad implica, por un lado, el riesgo de impedir el libre intercambio entre madre y feto y dar lugar a sufrimiento fetal agudo; por otro lado, puede constituir el primer paso en el desarrollo de una de las complicaciones más graves que pueden suscitarse durante el trabajo de parto y que

Cuadro 5. Hiperactividad

	Equivalentes	Terapéutica
A. Hipersostolia Contracciones superiores a 50 mm Hg		Frenadores de la actividad uterina
B. Polisistolia Más de 5 contracciones en 10 min.	Taquisistolia	Decúbito lateral Analgesia Frenadores de la actividad uterina Anestésicos como éter o fluorinados

es la ruptura uterina. Esta complicación, que en gran parte de los casos es de origen yatrogénico, debe constituir un motivo de preocupación para el médico.

**Dr. López García** ¿Qué papel corresponde a las drogas uteroinhibidoras en el control de las distocias dinámicas por exageración de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas?

**Dr. Urzúa** Las contracciones uterinas aumentadas en intensidad, frecuencia y tono, son las principales causantes de los deficientes intercambios madre-feto a través de la placenta. Los uteroinhibidores, o beta adrenomiméticos, son sustancias derivadas de la adrenalina; por lo tanto, producen efectos secundarios, ya que no solamente estimulan los receptores beta adrenérgicos situados en el útero y bronquios, sino también los beta adrenérgicos,<sup>1</sup> localizados en intestino y corazón, y los otros receptores denominados alfa. Por lo tanto, estas sustancias deben administrarse a dosis de microgramos por minuto. En realidad, aunque en la actualidad dispongamos de varios uteroinhibidores, ninguno de ellos puede considerarse ideal. En las distintas instituciones hospitalarias, tres de ellos son los que están más en uso, ya sea por su efectividad como uteroinhibidores, por el fácil manejo de su dosis, o por sus menores efectos secundarios sobre la madre y el feto. Uno de ellos es el sulfato de terbutalina, que se emplea a dosis de 1 a 2 microgramos por minuto; dosis superiores pueden produ-

cir efectos colaterales como taquicardia en la madre y, aunque en menor proporción, en el feto. Otro es el salbutamol, el cual se emplea a dosis similares al anterior, y el último la orciprenalina, que tiene mayores efectos colaterales sobre madre y feto. Actualmente se están estudiando otros productos de este tipo, pero aún no disponemos de ellos.

El propósito de la uteroinhibición en la obstetricia moderna es disminuir las alteraciones de la contracción uterina desde el aspecto fisiológico, para llevarla a valores normales; o, por otro lado, inhibir la contracción uterina por completo, si está produciendo trastornos en la madre y el feto que atenten contra la integridad cardiovascular en la primera, y neurológica en el segundo.

**Dr. Karchmer** Los uteroinhibidores son medicamentos sumamente útiles en la práctica obstétrica, pero su uso debe apoyarse en un conocimiento preciso de sus efectos y siempre bajo vigilancia muy estrecha, por lo que no se recomienda a nivel del médico general.

Conviene recordar que el decúbito lateral permite disminuir la frecuencia de la contracción uterina, con pocas modificaciones en la intensidad; por ello, resulta sumamente útil cuando se presenta un incremento en la frecuencia de la contractilidad uterina. Además, esta posición mejora los intercambios circulatorios y metabólicos fetomaternos, y permite restablecer las cons-

**Cuadro 6. Hipertónías. (Leve de 12 a 20 mm Hg; Media de 20 a 30 mm Hg; Grave de más de 30 mm Hg).**

	Datos de registro	Terapéutica
1. Primarias o auténticas	(Secundarias a hematoma retroplacentario)	
A. Hipertónía verdadera	Hipertónía Hiposistolia sin sobre- distensión	Cuidados generales Amniotomía Decúbito lateral Ocitocina a dosis bajas: 0.5 a 2 mU/m Cirugía
2. Secundarias		Extracción del líquido amniótico
A. Sobredistensión	Hiposistolia con distensión uteri- na	
B. Incoordinación	Hiposistolia, ta- quisistolia, intensidad y fre- cuencia irregular	Amniotomía Decúbito lateral Sedación Ocitocina Raquianestesia Frenadores de la activi- dad uterina
C. Taquisistolia	Taquisistolia con hiposistolia	

tantes vitales en presencia de sufrimiento fetal; de tal manera que, cuando no se tiene experiencia en el manejo de los uteroinhibidores, o cuando no se cuenta con ellos, puede recurrirse a esta maniobra que no implica riesgo alguno.

**Dr. Shor** Cuando, en una paciente sujeta a la administración de ocitocina, por distocia dinámica, se establece un patrón de hipercontractilidad uterina, la primera medida es interrumpir la inducción con este fármaco y observarla, por lo menos durante veinte minutos, antes de valorar de nuevo la actividad uterina; sólo estaría indicada la administración de uteroinhibidores si, después de este lapso, persiste el patrón de hipercontractilidad. En caso que sea necesario practicar una operación cesárea, puede prolongarse el uso de uteroinhibidores con el propósito de que esta hipercontractilidad no siga dañando al feto.

Siempre deben considerarse cuidadosa-

mente las condiciones generales de la paciente en trabajo de parto, ya que la deshidratación y la falta de aporte calórico pueden constituir el factor condicionante de las alteraciones de la actividad uterina y, muchas veces, la corrección de las alteraciones maternas puede evitar la operación cesárea urgente por sufrimiento fetal.

Por último, quiero señalar que existen contraindicaciones formales al uso de drogas uteroinhibidoras; destacando el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, entidad patológica que puede enmascarse por la modificación del patrón de actividad uterina, dando lugar a daño fetal, aún más importante.

**Dr. Ahued** Quiero destacar dos aspectos en el empleo de estas drogas. La persona encargada de la atención del parto nunca debe emplear en forma liberal las sustancias, estimulantes o inhibidoras de la contracción uterina, puesto que si su administración no

Cuadro 7. Ondas localizadas o incoordinación uterina

	Equivalentes	Terapéutica
1. Incoordinación de primer grado (2 marcapasos)		
Hiposistolia	Actividad uterina	No siempre es necesaria
Hipertonía	asimétrica	Amniotomía
Intensidad y frecuencia variables	Contracciones espasmódicas	Analgesia
	Inercia normotónica o ligeramente hipertónica	Estimulación, si no hay hipertonía
2. Incoordinación de segundo grado (3 o más marcapasos)		
Hipertonía	Utero colicoide	Amniotomía
Hiposistolia	Contracción espasmódica con hipertonía	Analgesia
Pequeñas elevaciones múltiples e irregulares	Inercia hipertónica	Ocitocina, si no hay hipertonía
	Espasmo total del útero	Cirugía
	Tétanos uterino	
	Distocia de Demelin	

se apoya en un criterio perfectamente establecido, en lugar de beneficiar a la paciente, puede complicar la evolución del trabajo de parto.

Es frecuente que el médico, con el deseo de abreviar el tiempo que tiene que dedicar a la atención de un parto, quiera acelerarlo intensificando la contractilidad uterina; es común que esta medida condicione distocias. Entonces, el médico, para corregir ese error de premura y resolver el problema obstétrico, recurre al empleo de uteroinhibidores, lo que debe evitarse siendo muy cautos en el empleo de las drogas que actúan sobre la contracción uterina, tanto las que la estimulan como las que la inhiban.

**Ante el diagnóstico de un defecto de formación del feto, deben valorarse las posibilidades de sobrevivencia de éste, y de poder efectuarse el parto por vía vaginal o tener que recurrir a una cesárea. El uso del fórceps se limita a acelerar un parto prematuro, y sólo con aplicación baja o medio baja. Por sus riesgos, el parto pélvico se considera una distocia.**

**Dr. López García** Siguiendo con el orden planteado previamente, pasemos ahora al capítulo de las distocias de origen fetal.

¿Qué conducta obstétrica se recomienda en presencia de defectos fetales de formación, que pudieran

interferir con la buena evolución del trabajo de parto?

**Dr. Karchmer** Una vez que se establece el diagnóstico de algún defecto de formación fetal, el primer paso que debe tomarse es valorar la posibilidad de sobrevivencia del feto portador de ese defecto, ya que algunas alteraciones de la formación del organismo fetal son incompatibles con la vida, como la anencefalia; en estos casos, el feto pasa a segundo término. Algunos otros defectos, como alteraciones del tubo neural, el mielomeningocele en las diversas partes de la estructura nerviosa, así como defectos en el crecimiento de la cabeza como hidrocefalia, requieren de una valoración cuidadosa, en lo que se refiere a su grado de manifestación para poder decidir si el parto puede efectuarse por vía vaginal o abdominal. Algunos casos de hidrocefalia incipiente se pueden manejar por vía vaginal pero, en términos generales, se considera que el crecimiento anormal de la cabeza del feto es un factor que impide el parto.

Por otra parte, es frecuente que estas distocias se compliquen por presentaciones anormales, las que por sí solas constituyen indicación de intervención quirúrgica.

En la presentación cefálica de fetos hidrocefálicos, en ocasiones se intentan pun-

**Cuadro 8. Inversión total o parcial del triple gradiente**

	Equivalentes	Terapéutica
1. Inversión de intensidad		
Demostración por presión miometrial Electrohisterografía	Segmento hipertónico	Evitar estímulos cervicales Amniotomía Analgesia Ocitocina, si no hay hipertonía
2. Inversión de propagación		
Demostración por presión miometrial Electrohisterografía	Síndrome de Schikele (?)	Evitar estímulos cervicales Amniotomía Analgesia Ocitocina, si no hay hipertonía

ciones por vía vaginal, con el propósito de reducir el volumen cefálico, y así facilitar el parto vaginal sin menoscabo de la vida del feto. En presentaciones pélvicas de fetos hidrocefalos, se han comunicado casos de punción transabdominal de la cabeza fetal; sin embargo, es nuestro criterio que, en estos casos, es preferible efectuar la operación cesárea, ya que la punción es altamente nociva para el feto, y prácticamente descarta la posibilidad de intentar cualquier tipo de cirugía derivativa después del nacimiento. Las alteraciones del tubo neural, como el mielomeningocele, suelen ser compatibles con el parto vaginal si no se presenta otro tipo de distocia.

**Dr. López García** La conclusión lógica es que, para poder resolver en forma adecuada los problemas planteados por los defectos de formación del feto, resulta indispensable que antes de que se inicie el trabajo de parto, el clínico diagnostique oportunamente estas alteraciones.

Veamos ahora qué papel corresponde al fórceps en la obstetricia moderna, ya que su uso se ha prestado a numerosas controversias en el curso de los años.

**Dr. Ahued** Es indudable que el manejo del fórceps ha sido muy contravertido. Actualmente, se atribuye a este instrumento infinidad de alteraciones fetales a corto y largo plazo, la mayor parte de ellas sin

fundamento. El fórceps, en manos de una persona que lo sepa manejar y siempre previa adecuada evaluación del caso clínico, es un instrumento que no sólo no debe estar prohibido, sino que, en muchas ocasiones, permite salvaguardar la vida del feto; de otra manera, constituye un arma peligrosa para la madre y el feto.

**Dr. Shor** Si el fórceps se aplica con el propósito de ayudar a la expulsión del feto, sin dar lugar a problemas maternos ni fetales, es indudable que aún constituye un instrumento de gran valor. En un parto prematuro, el disminuir la duración del trabajo, mediante la aplicación de fórceps, reduce la presión de la cabeza sobre el perineo materno y las posibilidades de que el feto desarrolle una lesión. No debe confundirse el uso de fórceps para conducir la expulsión del feto, con el intento de extraerlo por la fuerza durante el trabajo de parto.

**Dr. Urzúa** Estoy totalmente de acuerdo con las dos opiniones que acabamos de escuchar. Sin embargo, quiero recordar que el fórceps es un instrumento de presión, de tracción y, en algunos casos de rotación. Cuando se quiere ahorrar tiempo en la evolución del trabajo de parto, es cuando pueden producirse lesiones serias al feto y a la madre. Por ello, en la actualidad, el papel del fórceps se limita a disminuir el

Cuadro 9. Distocia cervical

	Equivalentes	Terapéutica
1. Activa Inversión de gradientes	Constricción anular del orificio interno Anillo de Schroeder <i>Stricture uteri</i> Síndrome de Schikele	Amniotomía Frenadores de la actividad uterina
2. Pasiva Rigidez del orificio cervical externo Segmento desplegado Cervix borrado		

tiempo de permanencia del feto en el perineo, cuando corre ciertos riesgos obstétricos; y su única indicación es como medida profiláctica o de desprendimiento.

**Dr. Karchmer** Actualmente, el uso de este instrumento se circunscribe a las aplicaciones bajas o medio bajas, excluyéndose cada vez más las aplicaciones a niveles medios y en ningún caso está indicada la aplicación alta.

**Dr. Ahued** Ya se mencionó que una indicación precisa del fórceps es acortar el periodo expulsivo en presencia de un parto prematuro. También se recomienda su uso en pacientes portadoras de una cicatriz de cesárea anterior, para evitar la dehiscencia que podría producirse por un periodo expulsivo prolongado. Lo mismo rige en cuanto a las pacientes cardiopatas, con objeto de evitarles el esfuerzo que implica el periodo expulsivo.

Considero que, de ninguna manera, debe proibirse el empleo del fórceps, sino que más bien deben marcarse muy claramente las indicaciones para su uso.

**Dr. López García** ¿Corresponde el parto pélvico al capítulo de las distocias?

**Dr. Karchmer** Desde un punto de vista práctico, el parto pélvico debe considerarse una distocia, ya que implica un trabajo de parto muy peculiar, en especial la expulsión de la cabeza.

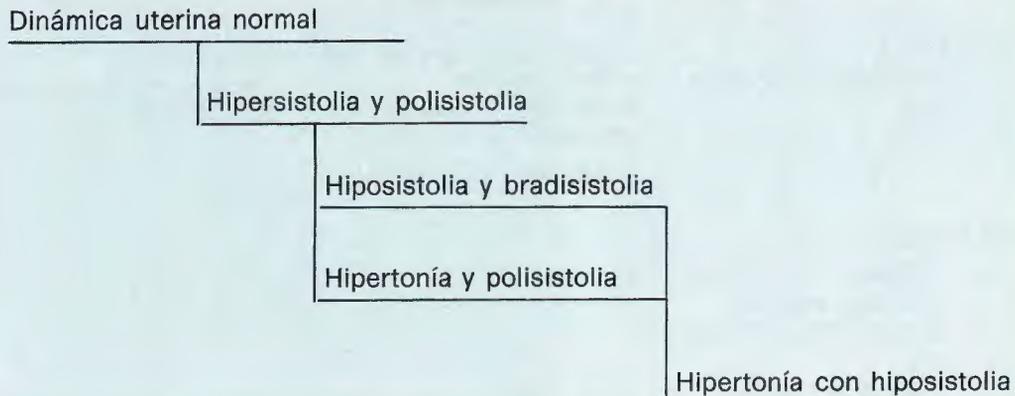
**Dr. Shor** Por lo imprevisible que resulta el parto pélvico, aun en manos muy experi-

mentadas, y el riesgo de problemas mecánicos y de lesiones que pudiera dejar como secuela, en los últimos años, se considera este tipo de parto como distócico. Por ello, el obstetra, y hasta el médico general que atiende partos, tienen la obligación de conocer exactamente cuál es el desarrollo de un parto pélvico, todos sus mecanismos, y cómo se atiende en forma adecuada para estar preparado ante la eventualidad de la urgencia que pueda plantearse en estos casos.

**Dr. Urzúa** Cabe recordar que el mecanismo normal del parto: encajamiento, descenso, rotación interna, rotación externa y expulsión, se realiza en muchas horas; que ante una presentación pélvica, en el tiempo preciso para realizar la extracción, ésta se hace lo más rápidamente posible, ganando mucho tiempo; y olvidando, por otro lado, los riesgos de lesiones neurológicas de todos tipos que pueden producirse durante estas maniobras. Por todo ello, este tipo de parto debe considerarse distócico.

**Dr. López García** Así queda bien establecido que la presentación pélvica representa una eventualidad extraordinariamente grave si no se presta una atención cuidadosa al trabajo de parto. Debido a la trascendencia que tiene la atención de este tipo de parto realizado por vía vaginal sobre la evolución funcional del recién nacido, principalmente desde el punto de vista neurológico, puede afirmarse que, en la mayor parte de las pa-

## Cuadro 10. Parto obstruido



cientes, estos problemas requieren cesárea. **Dr. Ahued** El parto pélvico no siempre es igual a cesárea. Mi criterio es el siguiente: en una primigesta con embarazo a término, la presentación pélvica es indicación absoluta de cesárea; en la múltipara, con producto a término y presentación pélvica, se requiere una evaluación clínica muy precisa, y una cuidadosa vigilancia del trabajo de parto y la evolución del mismo, pues en muchas ocasiones la expulsión de ese producto puede realizarse por vía vaginal.

**Dr. López García** Lo que acaba de puntualizar el Dr. Ahued destaca la necesidad imperiosa de evaluar cuidadosamente cada caso en particular, ante la trascendencia que tiene esta presentación sobre el estado del recién nacido. A medida que se avanza en el conocimiento de esta serie de eventualidades, aumentan las indicaciones de operación cesárea por presentaciones pélvicas en situaciones que, hasta hace algunos años, solían atenderse por vía vaginal.

¿Cómo considera la obstetricia moderna a las maniobras externas o internas que se realizan para hacer la versión del feto?

**La versión por maniobras internas sólo se justifica en caso del segundo gemelo. La versión por maniobras externas requiere de monitoreo constante del feto, y debe ser muy cuidadosa, ya que**

**Dr. Karchmer** La versión por maniobras internas ha quedado totalmente proscrita de la obstetricia moder-

na, y se limita a la extracción del segundo gemelo. **las posiciones anormales suelen deberse a anomalías uterinas o del cordón, y la versión puede agravar estos problemas.**

Fue muy popular en una época, luego cayó en desuso durante varios años; últimamente, han aparecido algunos informes sobre los buenos resultados obtenidos con este procedimiento. Sin embargo, si no se cuenta con un monitoreo constante del feto, esta maniobra sigue siendo peligrosa, ya que las posiciones anormales suelen traducir anomalías uterinas o de la longitud del cordón umbilical, y la versión por maniobras externas sólo agrava estos problemas con el consecuente sufrimiento del feto. De ahí que, en términos generales, dichos procedimientos no deban emplearse en la práctica clínica diaria, reservándose a la atención en algunas instituciones que cuentan con monitoreo electrónico del feto.

**Dr. López García** En la cesárea por situación transversa, se recomienda la incisión vertical segmentocorporal. La presentación mentoanterior es incompatible con el parto vaginal, la de cara algunas veces lo permite. La pelvimetría sólo es válida si se practica en un embarazo a término o ya iniciado el trabajo de parto. La desproporción cefalopélvica se es-

**Dr. Shor** Es habitual en estos casos observar anillos de contracción patológica que hace necesaria una sección

se establece por criterio clínico y radiológico, y es indicación para cesárea.

longitudinal del útero para evitar que, en el momento de la extracción, se tenga que prolongar la incisión; por ello, el mejor criterio es hacer una incisión vertical segmentocorporal.

**Dr. Ahued** Este criterio de realizar la incisión segmentocorporal se refuerza por la observación de que, en situación transversa, es frecuente observar defectos de implantación placentaria, como la placenta previa.

**Dr. López García** ¿Cuál es la actitud del obstetra ante presentaciones de frente o de cara?

**Dr. Karchmer** En términos generales, la presentación de frente en un feto de término es incompatible con un parto vaginal; lo mismo que cuando los diámetros de la cabeza fetal son mayores a los de la pelvis materna. La presentación de cara algunas veces permite el parto vaginal, principalmente tratándose de pacientes multíparas.

Sin embargo, esta es una presentación que, con frecuencia, produce sufrimiento fetal, y el criterio para permitir el parto debe ser muy estricto. En términos generales, se debe operar a la primigesta con este tipo de presentación, y dar la oportunidad de un parto por vía vaginal a la multípara, siempre y cuando se tenga amplia experiencia en el mecanismo de parto de esta presentación y se vigile estrechamente la actividad uterina y la frecuencia cardíaca fetal.

**Dr. Urzúa** La presentación mentoanterior es incompatible con el parto por vía vaginal y, en este caso, siempre debe practicarse cesárea, quedando totalmente proscritas las maniobras de flexión o de otra índole.

**Dr. López García** ¿Qué indicaciones tiene la pelvimetría? y ¿cuál es la utilidad que este estudio tiene sobre el pronóstico de la evolución del trabajo de parto?

**Dr. Ahued** Indudablemente, los procedimientos de gabinete para evaluar el paso de la cabeza fetal a través del anillo óseo materno son orientadores, y tienen indicaciones precisas. Estos estudios deben realizar-

se cuando la paciente se encuentra al término de la gestación o al inicio del trabajo de parto, ya que si se practican en etapas muy tempranas de la gestación, no son útiles para la resolución ulterior del parto. Cabe recordar que el parto es un proceso activo y dinámico, en el cual el cilindro fetal sufre múltiples modificaciones que permiten su adaptación y paso a través de la pelvis materna; por ello, el mejor momento para saber si la cabeza fetal pasa por la pelvis es cuando la paciente se encuentra en trabajo de parto. En ese momento, cuando la presentación no se ha encajado y no desciende favorablemente, los estudios radiológicos resultan muy orientadores. Otra indicación para este estudio es el caso de pacientes con cesáreas anteriores por desproporción cefalopélvica, en las que permitirá valorar si, en este nuevo embarazo, la situación es la misma que en el parto anterior.

**Dr. López García** ¿Cómo se hace el diagnóstico definitivo de desproporción cefalopélvica?

**Dr. Shor** Este diagnóstico se establece por medio de dos criterios. El primero se basa en la congruencia clínica y radiológica. Para ello, no sólo debe tomarse en consideración el nivel del estrecho superior de la pelvis, sino también el del estrecho medio y del inferior.

El segundo se basa en que la desproporción cefalopélvica sólo es definitiva durante el trabajo de parto, lo que da lugar a la prueba que permite evaluar las fuerzas y las modificaciones que ocurren durante éste. También la falta de descenso y rotación de la cabeza fetal en el canal del parto pueden sugerir al clínico la existencia de esa entidad. La prueba del trabajo de parto condicionada a una serie de elementos necesarios, como contractilidad uterina adecuada, mecanismos de sedación o analgesia obstétrica y ruptura de membranas.

Sin embargo, ante esta situación, no es necesario esperar periodos prolongados para aceptar la existencia de desproporción cefalopélvica e indicar la operación cesárea

la que, de retrasarse, podría resultar un daño para el feto.

**Dr. Karchmer** Me gustaría hacer hincapié en que la técnica de pelvicefalometría radiológica evalúa básicamente el estrecho superior, el que en muy contados casos es francamente incompatible con el encajamiento de la cabeza fetal. La evaluación del estrecho medio, en la mayor parte de las ocasiones, se realiza durante el trabajo de parto. Por ello, ante una pelvicefalometría aparentemente normal, cabe tener en cuenta la posibilidad de distocia mecánica que indique operación cesárea, con la oportunidad mencionada por el Dr. Shor.

**Los tumores uterinos situados delante del feto indican la cesárea. Sólo las verdaderas distocias de partes blandas (por traumatismos o quemaduras previos) hacen imposible el parto vaginal. En presencia de cervix conglutinado, las maniobras digitales suelen permitir el parto vaginal, el que también es factible en caso de tabiques longitudinales.**

**Dr. López García** ¿Constituyen los tumores uterinos una indicación de operación cesárea?

**Dr. Ahued** Los tumores uterinos situados delante del feto son indicación absoluta de parto por vía suprapúbica, ya que consti-

yen un obstáculo mecánico para la expulsión del producto por vía natural.

**Dr. López García** ¿Acepta la obstetricia actual el concepto de distocia de partes blandas?

**Dr. Karchmer** Clásicamente, las partes blandas se incluyen en la clasificación de las distocias maternas; sin embargo, actualmente existen procedimientos quirúrgicos, como la episiotomía, que eliminan cualquier dificultad para la expulsión del feto.

Sólo en casos extremos, se ven verdaderas distocias de partes blandas, por lesiones traumáticas o quemaduras extensas de la vagina y del perineo, que imposibilitan el parto por vía vaginal.

**Dr. Ahued** Lo anterior es una confirmación de que las distocias de partes blandas no son de por sí una indicación de cesárea. Aún en el caso de la primigesta añosa con perineo resistente, la indicación de cesárea

no se basa en las condiciones de las partes blandas, sino en una evaluación completa de la paciente, su dinámica uterina, sus condiciones fisiopatológicas y el estado del feto.

**Dr. López García** ¿Cuál es la conducta obstétrica recomendada cuando, durante el trabajo de parto, se encuentra un cervix conglutinado?

**Dr. Shor** Afortunadamente, esta entidad es poco frecuente; no obstante, dada la ocasión, pueden practicarse maniobras digitales con el fin de romper la conglutinación del cervix. Sin embargo, no deben usarse instrumentos ni practicarse incisiones del cervix, ya que esas operaciones son de alto riesgo si se prolongan hasta el segmento, condicionando grandes problemas a la paciente durante el trabajo de parto. Si la maniobra digital permite romper la conglutinación, el trabajo de parto puede continuar normalmente.

**Dr. Urzúa** El diagnóstico de un cuello uterino conglutinado debe hacerse a tiempo, para evitar que éste surja como un problema inesperado durante el trabajo de parto.

**Dr. López García** ¿Cuál es el criterio en lo que se refiere a los tabiques vaginales?

**Dr. Karchmer** El tabique vaginal, ya sea longitudinal o transversal, no es una entidad frecuente en obstetricia. La mayor parte de los tabiques longitudinales son compatibles con un parto vaginal puesto que, gracias a la elasticidad del tabique, éste puede ser rechazado hacia la pared vaginal lateral. El diagnóstico del tabique transversal debe hacerse antes del trabajo de parto para valorar si es abordable quirúrgicamente durante el parto.

**Dr. López García** **Está indicada la operación cesárea en pacientes previamente operadas por incontinencia urinaria de esfuerzo o con fibrosis de fístulas rectovaginales o vesicovaginales. Dos cesáreas previas son indicación para practicar una tercera; en caso de una sola previa, la decisión se basa en varios criterios.** ¿Cuál es el manejo obstétrico apropiado para la paciente que se ha sometido previamente a cirugía vaginal reconstructiva?

**Dr. Urzúa** Por lo general, en estas

pacientes, el parto puede realizarse por vía vaginal, excepto en dos situaciones en que está indicada la operación cesárea: 1) la paciente previamente operada por incontinen- cia urinaria de esfuerzo, en quien la re- cidiva del padecimiento resultaría desastro- sa; y 2) las fistulas vesicovaginales, recto- vesicales o rectovaginales muy grandes, con fibrosis alrededor de las mismas, cuya re- construcción ulterior sería sumamente difí- cil y hasta peligrosa para la paciente.

**Dr. López García** ¿Cuál es en la actuali- dad el criterio obstétrico ante una pacien- te con cesárea previa que inicia el trabajo de parto?

**Dr. Ahued** En este caso, el juicio clínico es sumamente importante, ya que se trata de una situación que se presta a múltiples controversias. Algunos autores sostienen que paciente con cesárea previa equivale a cesárea de repetición en el futuro. No es- toy de acuerdo con este criterio; sin embar- go, considero que la resolución obstétrica ante una paciente con dos cesáreas anterior- es indudablemente es mediante una tercera cesárea.

Por otra parte, en una paciente con cica- triz de cesárea previa, deben tenerse en cuenta varios factores que van a orientar sobre la evolución obstétrica del caso. Ellos son: 1) indicación de la cesárea previa, 2) cuánto tiempo antes fué realizada, 3) en dónde se practicó el acto quirúrgico, 4) qué tipo de histerotomía se realizó, 5) quién lo practicó, y 6) cuál fué la evolución post- operatoria de la paciente. Es decir que deben evaluarse con precisión todas las condicio- nes que estuvieron presentes en la interven- ción anterior. Si en el embarazo actual, no se encuentran las indicaciones primarias de la cesárea previa, como desproporción ce- falopélvica o presentación pélvica, es total- mente permisible el parto por vía vaginal. En este caso, es indispensable valorar co- rrectamente el trabajo del parto, vigilar estrechamente la contractilidad uterina, abreviar el periodo de expulsión mediante

aplicación de fórceps, y una vez extraído el feto, revisar meticulosamente la cicatriz anterior.

**Dr. López García** ¿En qué casos debe el médico general recurrir al especialista para la resolución de los casos de distocia?

**Dr. Karchmer** Partiendo de la base que el médico general desempeña un papel pri- mordial en la atención médico-obstétrica de la paciente no complicada, es poco prác- tico en nuestro medio, y con nuestras con- diciones socioeconómicas, que todas las pa- cientes obstétricas reciban atención de médicos especialistas. Esto implica que el médico general tenga un concepto apro- piado de la patología más frecuente que aqueja a la mujer embarazada, y específica- mente que esté en condiciones de hacer el diagnóstico oportuno de las distocias.

Es esencial que el médico general, al en- contrar alguna distocia para cuya atención no se considere competente, consulte con el médico especialista. El determinar ante qué tipo de distocias debe recurrir al especia- lista depende de su propia preparación obs- trétrica. Vale la pena destacar que la obst- etricia debe manejarse con un criterio médico preciso, y no como un arte que suele producir innumerables daños tanto en la ma- dre como en el feto.

**Dr. López García** Por último, quisiera se- ñalar que, en vista de la trascendencia que el parto tiene en el estado del recién nacido y su evolución ulterior, es indispensable prever y diagnosticar oportunamente las alteraciones del trabajo de parto a man- era de implantar lo más pronto posible el tra- tamiento adecuado, disminuyendo así la morbimortalidad materna y perinatal.

Por otra parte, teniendo en cuenta el ca- rácter de urgencia que con frecuencia tie- nen ciertas eventualidades obstétricas, cabe destacar la necesidad de que el médico ge- neral tenga preparación suficiente y un cri- terio de selección preciso para derivar una conducta que salvaguarde la integridad del binomio maternofetal. □