

La distocia de encajamiento de causa secundaria en la presentación de vértice

Por el doctor JOSE MIGUEL VARGAS PAEZ

ALGUNAS HISTORIAS CLINICAS

Entre las muchas historias clínicas que sirvieron para demostración y estímulo de este trabajo, sólo publicamos, para no ser prolijos, las siguientes: Nos. 1.757, 1.830, 2.470, 1.727 y 554.

La distocia de encajamiento reconoce, como es natural, diferentes causas que por razón de su origen las dividiremos en causas maternas fetales y ovulares.

Ahora bien, la distocia según su etiología, puede obedecer a causas primitivas, distócicas en sí y desde un principio y a causas secundarias ya no absolutas, sino relativas, que pueden poner a prueba la habilidad y criterio científico del obstetra, cuando en el desempeño de su profesión tropieza con uno de estos accidentes tan desagradables.

Son distocias primitivas, aquellas que no permiten la realización del parto por las vías genitales, como la distocia originada por una pelviviación: estrechez o deformación, por acción directa del bacinete óseo y que entra en el dominio o capítulo de las distocias óseas; o bien, cuando el bacinete óseo normal se encuentra viciado o comprometido relativamente, ya sea por tratarse de una presentación viciosa, o porque la cabeza de dimensiones mayores a lo normal, no

puede efectuar su paso por el área del estrecho superior; o porque aún con bacinete y cabeza de dimensiones normales, existe vicio de encajamiento por tumefacción peri-fetal, peri-uterina, para-uterina y endo-uterina, como en el caso de fibromas, quistes o placenta previos.

Pero en cambio, existe otro grupo de causas que impiden o dificultan el encajamiento de la presentación, no obstante de tratarse de casos en los cuales la pelvis es normal, las dimensiones de la cabeza normales y no existir ninguna de las causas anotadas en el grupo de las distocias que denominamos primitivas. A este grupo de distocias que hemos denominado secundarias y que ha originado nuestro estudio, es a las que queremos referirnos en particular, ya que la distocia primitiva es única, no admite discusión y la conducta obstétrica y su terapéutica están definidas. Por el contrario, la distocia secundaria es de interpretación diferente, según el criterio de cada individuo, exige por lo tanto, un mayor conocimiento de causa y efecto, se presta con mayor facilidad a la discusión, por consiguiente exige más cuidado y mayor criterio obstétrico, cuando por razón de constituir una distocia y tener que resolverla, hay que adoptar una conducta racional y eficaz.

El grupo de distocias que nos ocupa y al que hemos dado el apelativo de secundarias, constituye un buen número y la palabra secundaria con que lo hemos designado no le resta importancia, ya que son por lo demás, bastante frecuentes y muchas veces constituyen una verdadero problema obstétrico de difícil solución. Las dividimos en razón de su origen, en distocias maternas, fetales y ovulares y procuraremos hacer de ellas un grupo definido y claro. Las principales son:

1ª En la madre, la distocia uterina fisiopatológica, en el cuerpo, segmento o cuello; dinámicas en las discinecias o inercias uterinas, y mecánicas en las anteversiones irreductibles y tumores del cuerpo.

2ª Fetales. Los trastornos del fisiologismo de la cabeza, en los cuales se presenta mala orientación y acomodación de ésta, con deflexión incompleta del polo cefálico, sin llegar a ser presentación de frente o cara y en las variedades de posición como en las occipito-posteriores.

3ª De los anexos. La ruptura prematura e intempestiva de la bolsa, la brevedad del cordón umbilical y el hidramnios.

Por último, existen causas secundarias mixtas, cuando se asocian dos o más de las mencionadas, y causas inclasificables, cuando no obstante no apreciarse causa visible y precisa, el encajamiento no se efectúa, sin que podamos ver claramente dónde estriba la dificultad.

Descripción y explicación

a) Al estudiar el mecanismo del parto, hay que tener en cuenta tres elementos fundamentales: el motor del

parto, el objeto del parto y el canal del parto. De la sinergia funcional de estos tres elementos durante el trabajo de parto, se consigue el parto fisiológico, normal o eutócico. Pero si uno o varios de dichos elementos se desvían de la línea funcional fisiológica, aparece el parto patológico, difícil o distócico.

Siendo el útero y la buena constitución de la pared abdominal, la causa que impele al feto, su salida del vientre materno, la disfunción de éstos motores se nos presenta como la primera causa de la distocia de encajamiento.

En el útero, la distocia bien puede ser anatómica o fisiológica. El útero puede adoptar por diferentes causas de todas conocidas, posiciones desventajosas, como anteversiones exageradas, desviaciones laterales, etc., que llevan al cuello hacia distintas posiciones anormales, que impiden la coincidencia del eje uterino con el eje del conducto pelvigénital, y por consiguiente, desvían el eje que la presentación debe seguir, impidiendo su encajamiento, circunstancias que en veces se pueden corregir fácilmente, pero que otras obligan a efectuar una intervención obstétrica; esta clase de distocias es puramente mecánica o anatómica.

Pero la fibra muscular uterina, puede ser asiento de disturbios funcionales que afecten la motilidad de todo el órgano o de una de sus partes, apareciendo, como es natural, la distocia dinámica, que unas veces se puede vencer médicamente, pero que en ocasiones se hace de muy difícil solución. Dentro de este tipo de distocias, encontramos las inercias primitivas o secundarias, cuando hay defecto de contracción por debajo de la normal;

o las disincias en las que se presentan contracciones excesivas o desordenadas, es decir, distocias en las que se encuentra un defecto de la contracción de tipo, por encima de la normal o hiperdinamia uterina, que puede afectar la contracción en sus tres formas: frecuencia, intensidad y tono basal, produciendo los tres síndromes: taquisistolia, hipersistolia o hipertonia, la que bien puede localizarse en todo el órgano o afectar uno de sus segmentos, cuerpo, segmento inferior o cuello. Todas ellas constituyen distocia, especialmente la última, es decir, la hipertonia, pues en ella se halla muy elevado el tono basal de la musculatura uterina, dando como resultado contracciones que aunque potentes, y dolorosas en extremo, no son efectivas para el progreso del parto, toda vez que éste se halla íntimamente ligado a la amplitud de la sístole uterina o lo que es lo mismo, a la amplitud de la diferencia entre el tono basal y el acmé de la contracción; cuando esta diferencia es pequeña, el parto no progresa y nos encontramos ante un estado en el cual la presentación no avanza; es una distocia que si se instala antes del encajamiento, constituye distocia de encajamiento secundaria a un estado de hipertonia uterina. En esta clase de distocias, podemos encontrar desde un ligero aumento del tono basal, hasta el cuadro de la contractura o tétanos uterino, pasando por varios estados intermedios, tales como las contracciones espasmódicas, los espasmos parciales en el cuello, anillo de Bandl, origen de los ligamentos redondos, en los cuernos uterinos o en todo el cuerpo del útero, inclusive el anillo de Bandl, hasta llegar al espasmo total (cuerpo, seg-

mento y cuello), lo que constituye el tétanos o contractura del útero, casos todos en los cuales el parto se detiene si no se logra vencer la dificultad, poniendo en grave peligro tanto a la madre como al feto. Por último, cuando la propiedad retráctil del músculo uterino se altera hacia el acortamiento permanente, se presenta la distocia de retracción a la cual se puede llegar después de un periodo de contracciones espasmódicas, de espasmos totales o parciales o con la aplicación desmedida de ocitócicos.

b) El cuello del útero suele ser con frecuencia, asiento de distocias secundarias que impiden el encajamiento, y ellas, como las del cuerpo, pueden ser anatómicas y funcionales. Parece existir un antagonismo funcional entre el cuerpo y el cuello por influjo de su inervación, mediante el cual, a la contracción enérgica del cuerpo, corresponde una actitud pasiva del cuello, que se deja dilatar paulatinamente; pero el antagonismo puede invertirse de tal manera que el cuello se contraiga espasmódicamente, produciendo sobre el cuerpo un influjo paralizador, o bien dándole un carácter espasmódico; es lo que se denomina disociación de la sinergia funcional; pero también la distocia puede quedar localizada exclusivamente en el cuello, presentándose como única manifestación el espasmo total o de uno de los orificios, interno o externo.

Además de las disfunciones motoras, en el cuello pueden presentarse alteraciones congénitas o procesos anatómicos que impidan su dilatación, como el tabicamiento, la hipoplasia, desviaciones, obliteración, edemas, hipertrofia, aglutinación y rigidez, todo lo cual puede conducir a la imposibi-

lidad o a la dificultad del encajamiento. Es decir, lo fisiológico es que la dilatación del cuello sea efecto de la contracción uterina, y que la causa del encajamiento también sea la contracción, pero sea porque se destruya esa sinergia, o sea porque haya distocia en el cuello que le impida responder a la acción de la contracción, lo cierto es que en la práctica con mucha frecuencia en estos casos en que hay alteración en el canal cervical, el encajamiento se compromete y la prueba está en que en los índices estadísticos no es raro hallar «cesárea por distocia del cuello», sin otra causa especial.

c) Por parte del feto, se pueden presentar causas de distocia de encajamiento, sin tener en cuenta las presentaciones viciadas como las de cara y frente. Ya hemos dicho que la presentación con el objeto de hacer coincidir sus diámetros con los del estrecho superior para efectuar el encajamiento, debe realizar movimientos apropiados de flexión, rotación y acomodación y movimientos de báscula que le permitan deslizarse dentro de la pelvis, como son los movimientos de asinclitismo anterior o posterior. Pero puede suceder que estos movimientos preparatorios no se efectúen o lo hagan en forma exagerada, dando lugar a la distocia de encajamiento de causa secundaria.

Al sobrevenir la contracción uterina en el momento del parto, aquella sorprende a la cabeza por encima del estrecho superior en actitud indiferente; entonces bajo su influjo se produce el movimiento de flexión. Luego, la cabeza rota haciendo coincidir la sutura sagital con uno de los diámetros, transverso u oblicuo y acomodando sus cir-

cunferencias menores a las circunferencias mayores de la pelvis. Cuando el fisiologismo de estos movimientos se altera, se presenta mala orientación y acomodación, lo mismo que deflexión incompleta, intermedia entre sinclitismo y frente. Lo mismo sucede cuando la rotación en vez de llevar el occipital hacia adelante, lo lleva hacia atrás a variedades de posición posteriores, en las cuales la cabeza nunca está bien flejada, ofreciendo por consiguiente diámetros mayores que dificultan el encajamiento y hasta pueden presentarse casos en que se coloca en posición anteroposterior por encima del estrecho, cuando la pelvis es de forma pitecoide o androide.

De la misma manera, pueden presentarse a distocia los movimientos exagerados de asinclitismo en las presentaciones que algunos autores llaman de parietal anterior, o posterior, pues en estos casos la cabeza desviada lateralmente, choca contra una de las salientes del estrecho que bien puede ser el promontorio cuando el asinclitismo es posterior o el pubis, cuando lo es anterior, produciéndose en esta forma una imposibilidad para el encajamiento.

d) En los anexos, la causa de distocia puede estar en la bolsa, en el cordón o en el líquido amniótico. Nadie desconoce el papel dilatador que ejerce la bolsa de las aguas sobre el cuello, por excitación o por presión, al insinuarse en su canal. Cuando la ruptura de la bolsa se presenta prematuramente, sobre todo en las primigestas añosas, se producen disturbios en la dilatación, desde la dificultad de hacerlo, hasta el espasmo cervical y muchas veces vemos cómo el útero, por ruptura de la bolsa o por ad-

herencia íntima del polo inferior del huevo al orificio cervical, entra en contracciones espasmódicas, discinecias o inercias, pudiendo llegar hasta el tétanos uterino y entonces crear una distocia de encajamiento de causa secundaria, desencadenada por la ruptura prematura de la bolsa.

e) Factor de mucha importancia para el buen mecanismo del parto, lo encontramos en el cordón umbilical, ya que de él depende en gran parte la vida del feto. Sabemos que la presentación para encajarse y descender, necesita un radio de acción que le permita progresar, y este radio de acción se lo da el cordón. Pero cuando por alguna circunstancia dicho cordón resulta demasiado corto, se constituye en un freno que le impide al feto avanzar por el canal pelvigénital, constituyéndose en esta forma, en una distocia de encajamiento y en un grave peligro para la vida del feto, y esto se comprueba en casos de cordada absoluta o relativa.

f) Por último, el líquido amniótico puede constituir causa de distocia cuando en razón de su gran cantidad (hidramnios), es causa perturbadora del fisiologismo de la cabeza, produciéndole movilidad exagerada, o bien por la gran distensión que exige a la fibra uterina, la pone en condiciones inadecuadas para cumplir sus funciones contráctil y elástica, dando como resultado en ambos casos una distocia de encajamiento de causa secundaria.

Todas las causas anotadas pueden obrar individualmente o bien asociarse para producir distocia de causa mixta. Pues, además de ellas, hay causas que se nos escapan al conocimiento, pero que pueden ponerse de

manifiesto en casos en que el encajamiento no se produce, sin que podamos determinar la razón de ser de la distocia.

Las dificultades para el encajamiento que hemos enumerado en los párrafos anteriores, en mujeres con pelvis de dimensiones normales y con fetos de tamaño normal en presentación de vértice, constituye lo que nosotros hemos denominado **distocia de encajamiento de causa secundaria en la presentación de vértice.**

En las historias clínicas que presentamos a continuación, cuya veracidad está comprobada, porque los originales existen en archivos muy serios, presentamos la base de nuestro estudio y la comprobación de la existencia de la distocia de que nos ocupamos.

HISTORIAS CLÍNICAS Y COMENTARIOS A CADA UNA DE ELLAS

Historia número 1.830

Profesor Mojica M.

1951. 32 años. Multigestante de ocho meses.

Cesárea por rigidez del cuello.

Antecedentes obstétricos: Dos embarazos terminados ambos por cesárea, por falta de encajamiento y rigidez del cuello.

Examen obstétrico: Abdomen normal; útero, 28 ctms., ovoide, blando, regular, longitudinal; tonicidad normal; líquido amniótico, normal; feto único, vivo; vértice, Oll insinuada; palpación de Pinard, favorable. Pelvimetría, normal.

Inició trabajo el 24, a las 20 horas.

Tacto vaginal: El 25 a las 10 y 25: Vulva y vagina, normales; cuello, incompletamente borrado, cerrado, espasmódico. Se ordena atrinal y dórico. A las 21 horas del 25, tacto vaginal: Vulva y vagina, normales; cuello central, grueso, permite el paso de un dedo; bolsa íntegra. Plana. Presentación insinuada en OIDA. Ruidos cardíacos fetales, normales. A las 23 horas del 25, la paciente sigue en las mismas condiciones, no obstante la aplicación de atrinal y dórico, repetidas ocasiones; el cuello está grueso, borrado, con un cm. de dilatación; la presentación de vértice, apenas fija. Las contracciones cada tres minutos, intensas; los ruidos fetales, normales. En vista de la uniformidad del cuadro durante más de 24 horas y teniendo en cuenta el antecedente de dos cesáreas, se opta por cesárea por tercera vez. Se practica cesárea segmentaria transperitoneal con sección de las fibras del segmento. Se utiliza el fórceps de Simpson para la extracción de la cabeza. El feto respira espontáneamente. Alumbramiento, normal; hemorragia uterina de consideración. Sutura del útero y cierre de la laparotomía en la forma acostumbrada. Se obtiene un feto prematuro de 2.100 gramos, en buenas condiciones. Salida del hospital, seis días más tarde, en perfectas condiciones. En este caso, como se desprende de la historia, la cesárea fue practicada por **distocia de encajamiento de causa secundaria**, debida a rigidez del cuello, lo cual había motivado las cesáreas anteriores y que no fue vencida por el trabajo prolongado y la aplicación de espasmolíticos, la intervención de elección tenía que ser la cesárea, ya que la falta de dilatación del cuello

impedia la aplicación de un aparato de fórceps, a lo cual se sumaba el antecedente de las operaciones anteriores. En esta intervención, como se ve, no hubo morbilidad ni mortalidad materna ni fetal.

Historia número 554

Profesor Mojica.

1951. Multigestante a término.

Fórceps alto por trabajo prolongado y sufrimiento fetal.

Antecedentes obstétricos: Tres partos de siete, ocho y nueve meses, respectivamente.

Examen obstétrico: Útero, normal, de 32 cms. Abdomen, normal; embarazo a término, normal; feto único, vivo; vértice, OI, insinuado; palpación de Pinard, favorable. Pelvimetría, 24, 28, 30, 20.

Iniciación del trabajo, el 28 a las 11. Tacto vaginal, a las 14 horas: Permeo con desgarramiento antiguo. Vulva y vagina, normales. Cuello grueso, dilatación, nueve cms. Membranas íntegras. Presentación fija. A las 14, ruptura espontánea de las membranas con salida de meconio. Los ruidos fetales se hacen lentos. Se aplica coramina, y los ruidos continúan regulares. El 28, a las 17, tacto vaginal: Cuello blando, dilatación completa. Ruidos acelerados. A las 18 y 30: Las mismas condiciones, expulsión de meconio y ruidos malos, por lo cual se resuelve aplicación de fórceps alto. Previa aplicación de coramina y mejoramiento de los ruidos, se hace aplicación de fórceps para OJA. La extracción del feto fue fácil. La toma resultó oblicua. Se obtiene un feto que respira después de aplicarle analépticos y vitamina K.

Longitud del cordón, 15 cms. Puerperio, normal. Salen del servicio en buenas condiciones.

Comentario. Multigestante con partos normales en la cual la pelvis es normal y no se encuentra distocia materno-fetal. Existía **distocia de encajamiento de causa secundaria**, por brevedad absoluta del cordón. Por sufrimiento fetal y falta de encajamiento se procedió a la aplicación de fórceps **alto**, solucionándose la dificultad en forma satisfactoria con la obtención de un feto en buenas condiciones y sin producción de lesiones maternas; ni morbilidad fetal.

Historia número 2.470

Profesor Mojica M.

1951. Multigestante a término.

Cesárea por sufrimiento fetal y trabajo prolongado.

Antecedentes obstétricos: Tres partos normales.

Examen obstétrico: Abdomen, normal; útero, 32 cms., normal; embarazo a término, normal. Feto único, vivo; vértice, OD, insinuada. Palpación de Pinard, favorable. Pelvimetría: 23, 26, 31, 21.

Iniciación del trabajo el 22 a las 12 horas.

Tacto vaginal a las 20 y 45, del 23: Genitales, normales; cuello central, blando, dilatación total, membranas rotas. Ruidos lentos, expulsión de meconio. Presentación insinuada en ODT. A las 22 horas, presentación ODA, sin encajar; huesos con gran cabalgamiento y bolsa serosanguínea muy marcada. Expulsión de meconio: Ruidos, buenos. Por el sufrimiento fetal y falta de encajamiento, se decide hacer cesárea segmentaria por el méto-

do de rutina. Operación sin incidentes. Se obtiene un feto que nace en apnea, pero respira poco después, se nota deformación de la zona parietal izquierda, signos de asinclitismo exagerado que ocasionó la falta de encajamiento por mala acomodación de la cabeza. Salen en buenas condiciones.

Comentario. En esta paciente con partos normales a término, la falta de encajamiento se debe a un **asinclitismo** exagerado, pero esta no es una verdadera distocia irreductible y consideramos que en estas condiciones es factible la realización del parto por vía baja mediante aplicación de fórceps que hubiera podido intentarse y en caso de fracaso, haber recurrido a la cesárea, pues lo más corriente es que el fórceps vence la distocia, máxime tratándose de multigestante con pelvis normal.

Historia número 1.757

Profesor Mojica M.

Multigestante a término.

Fórceps por sufrimiento fetal y trabajo prolongado.

Antecedentes obstétricos: Cuatro partos a término y un aborto de dos y medio meses.

Examen obstétrico: Abdomen, normal; útero, 31 cms.; hipertonia uterina; feto único, vivo; vértice, OII, insinuado. Palpación de Pinard favorable. Pelvimetría: 23, 26, 29, 19.

Iniciación del trabajo: El 17 a las 20 horas. La paciente llega al servicio con hipertonia uterina e inercia secundaria. En la casa le fueron aplicadas tres ampolletas de pitocin. Ruidos fetales lentos. Se le aplica coramina, atrijal, dórico.

Tacto vaginal a las 12 y 30, del 18: Vulva y vagina, normales; cuello con dilatación completa; bolsa plana que se rompe artificialmente; presentación insinuada en OIT. Como los ruidos continúan lentos y se hacen intermitentes, se intenta hacer una aplicación de fórceps, pero como en la intervención la cabeza se sube por encima del estrecho superior, se suspende y se aplica nuevamente coramina. Tacto vaginal a las 15 y 30: Paredes vaginales congestionadas. Cuello con dilatación completa, excepto un reborde pequeño, que se nota al lado derecho. Presentación en OIT encajada, un poco por debajo del estrecho superior. No se toca promontorio. Bolsa rota. Los ruidos fetales han mejorado con las aplicaciones de analépticos realizadas. A las 15 y 45, aplicación de fórceps por sufrimiento fetal y trabajo prolongado. Presentación en OIT. Técnica del doctor Ramírez Merchán, introduciendo primero la rama derecha invertida por el lado izquierdo, se hace girar por debajo del pubis hasta llevarla a la extremidad derecha del diámetro transversal. La presentación ha rotado a O. P. y se ha desplazado hacia arriba, quedando por encima del estrecho superior. Se introduce la segunda rama por la extremidad izquierda del diámetro transversal. Con facilidad se consigue el descenso de la presentación. Se obtiene un feto que respira espontáneamente. Toma ideal. Madre e hijo salen en buenas condiciones del hospital, a los pocos días.

Comentario: ¿Por qué no se produjo el parto espontáneo en esta paciente, siendo una multigestante con pelvis normal y el contenido uterino no era desproporcionado a la pelvis materna? Existe la presencia de una hipertonia

uterina con inercia paradójica producida por el uso extemporáneo de ocitócicos que al excitar la fibra uterina y activar las contracciones, llevaron a la matriz a la hipertonia, elevaron el tono basal de la fibra muscular y perturbaron la dinámica uterina, haciendo que su trabajo fuera exagerado e inútil. En estas condiciones vemos cómo ante un trabajo que se prolonga y frente al sufrimiento fetal, la aplicación de un fórceps por encima del estrecho salva las circunstancias, produciéndose el parto por vía baja y con resultado muy satisfactorio.

Historia número 1.830

Profesor Acosta.

1951. Primigestante a término. Paciente de 33 años.

Cesárea por sufrimiento fetal y edad de la paciente.

Examen obstétrico: Abdomen, normal; útero, 31 ctms., normal; líquido, normal. Feto único, vivo, vértice OI, insinuada. Palpación de Pinard: favorable. Pelvimetría: 23, 26, 31, 21. Embarazo, normal.

Al ingresar la paciente relata que le fueron suministradas, antenoche, dos cápsulas de quinina y anoche otra. La iniciación del trabajo no se precisa.

Tacto vaginal, el 29 a las 12 y 15: Perineo, vulva y vagina normales. Cuello central, borrado, blando, dilatación de cinco ctms. Membranas rotas. Presentación móvil en OIA. Ruidos fetales, normales. A las 16 y 30, tacto vaginal: Cuello borrado, dilatación de siete ctms.; bolsa rota, vértice insinuado OIA. Ruidos fetales, buenos. A las 22 y 40: Cuello ligeramente grueso,

borrado, dilatación de seis cms., bolsa rota. Presentación OIA, rechazable; ruidos fetales, buenos. Paciente que está en trabajo desde el 28, con dolores muy irregulares, que le han administrado tres cápsulas de quinina, en dosis fraccionadas. Primigestante de 33 años con embarazo a término. En vista del trabajo y de los exámenes repetidos sin que se note tendencia al encajamiento, se pone en conocimiento del Jefe de Clínica en turno, quien encuentra sufrimiento fetal, por lo cual decide terminar el parto por cesárea. Anestesia raquídea. Cesárea segmentaria transperitoneal por el método de rutina. Se extrae un feto que respira espontáneamente. Hay abundante meconio en la cavidad uterina. La madre y el niño salen de la sala en buenas condiciones. Post-operatorio, normal. Abandonan el servicio pocos días después.

Comentario. En esta paciente el encajamiento no se efectuó, no por una distocia materno-fetal, puesto que no se aprecia desproporción y la pelvis materna es normal. Existía, pues, otra causa de distocia y por consiguiente se trataba de una **distocia de encajamiento de causa secundaria**, ocasionada por la ruptura prematura de la bolsa que produjo un trabajo irregular y una falta de dilatación del cuello. A ello, hay que agregar, la circunstancia de tratarse de una primigestante añosa en las cuales el parto espontáneo es mucho más difícil por irregularidad del trabajo y la poca adaptabilidad de los tejidos para la función que deben desempeñar en el parto. Pero no obstante estas circunstancias, el parto hubiera podido intentarse por vía baja, recurriendo a la cesárea en caso de fracaso.

Evolución, pronóstico y conducta en la distocia de encajamiento de causa secundaria en la presentación de vértice. Resultados.

En la mayoría de los casos el médico no puede prever la posibilidad de la presencia de una distocia de este tipo antes de iniciado el trabajo de parto, y aún más, antes de que haya transcurrido algún tiempo de iniciado. Partimos de la base de que en este tipo de distocia se encuentran objetivamente condiciones favorables para la realización del parto en forma espontánea.

La terminación del embarazo por el parto normal, constituye la máxima aspiración de la fisiología obstétrica, pero no podemos considerar el parto como un acto puramente mecánico, puesto que es una función orgánica, y como tal, está regido por leyes especiales, todo lo cual constituye la fisiología obstétrica. De modo que este es un acto esencialmente fisiológico, destinado a dar cumplimiento a leyes biológicas y naturales, al igual que todas las funciones orgánicas constituyen actos fisiológicos.

Pero sucede a menudo que la fisiología se ve alterada en todas o en una de sus partes, desviándose en su función y constituyéndose en un acto anormal o patológico que en nuestro caso lo constituye la distocia.

En la distocia secundaria, el trabajo se inicia por lo general en forma al parecer normal, pero no tarda en presentárenos como un hecho patológico, que se traduce en la falta de encajamiento de la presentación, y que puede evolucionar en dos formas: o bien el parto se prolonga excesivamente con un trabajo regular o exagerado

que conduce a la inercia secundaria por agotamiento físico de la fibra muscular uterina, paralizándose de esta manera el trabajo, o bien ante el obstáculo surgido; el cuadro clínico cambia, transformándose ese trabajo regular en un trabajo intenso, desesperante, tanto para la madre como para el obstetra. En estas condiciones si el encajamiento no se produce, a pesar del esfuerzo de la contracción uterina, puede conducir especialmente si la bolsa se ha roto, a un accidente tan grave como es la inminencia de ruptura del útero, cuyo desenlace puede ser la ruptura declarada, o a la paralización del trabajo por una inercia paradójica, con contractura y tétanos uterino y todo esto con una consecuencia fatal: el peligro de la vida de la madre y la muerte del feto, casi inevitable.

En otras ocasiones más favorables y gracias al esfuerzo muscular del útero, que redobla su potencia ante el obstáculo, máxime si se trata de pacientes con bacinete normal y feto de tamaño y presentación normales, el parto puede realizarse espontáneamente, y a expensas de un gran sufrimiento materno y fetal que puede producir riesgos en éste o su muerte in utero o en un futuro próximo o tardío por traumatismo obstétrico inherente al parto. Mas no siempre la distocia puede ser vencida en esta forma y el médico tiene la obligación sagrada de resguardar las dos existencias que se le han puesto en sus manos, como a un apóstol del bien, a más de ser un funcionario social, especialmente cuando es obstetra, que vela día y noche por la madre y por el hijo, bases de la sociedad y de la nacionalidad.

En circunstancias tales, cuando en el curso de un trabajo de parto, surge

una complicación de las que venimos estudiando, lógicamente el pronóstico materno-fetal se hace desfavorable, ya que en condiciones extremas se puede llegar a la muerte de uno de los dos seres, o lo que es peor, a la de ambos, si es que el parto no se realiza después de un trabajo prolongado, con éxito para uno y para el otro. Y aquí es donde se pone a prueba el criterio, la zagalidad y la pericia del obstetra, que abocado a un problema de esta naturaleza, debe adoptar una conducta franca y responsable. Aquí es donde entran en juego la responsabilidad y la conciencia, en primer lugar para aceptar y comprobar el pronóstico desfavorable, y en segundo lugar, para adoptar la conducta obstétrica que a su modo de ver sea más lógica, razonable e inocua.

Como primera medida el obstetra ha de tener en cuenta las consecuencias que se derivan de una conducta meramente expectante o de su inversa, el intervencionismo desmedido. Ya dijimos que la expectación irresponsable o el abandono, pueden conducir a la ruptura uterina con fallecimiento materno y fetal, a la paralización del trabajo en una u otra forma con pérdida de la vida del feto y grave peligro de infección de la madre, que una vez rotas las membranas esté expuesta a la invasión de gérmenes a la cavidad del útero y de allí a todo el organismo, o a la muerte del feto exclusivamente con pérdida para la sociedad. Pero es el caso menos grave de que el parto lograra, a pesar de la distocia, realizarse espontáneamente después de un trabajo prolongado y excesivo, puede suceder que el feto muera en él, o que si nace vivo, por el sufrimiento franco a que se vió sometido, nazca con lesio-

nes graves que le quiten la vida recién nacido, o le dejen en condiciones de inferioridad en relación con sus semejantes.

¿Qué conducta debe entonces seguirse cuando durante el parto aparece la distocia? Naturalmente la conducta depende en general de la causa, cuando ésta se puede precisar, y así tenemos dos grandes grupos de conductas: médicas y obstétricas. Cuando el criterio del médico considera que la distocia puede yugularse médicamente, debe intentar todos los tratamientos que estén a su alcance, con el fin de evitar cualquier intervención quirúrgica. Y así, cuando se trata de distocias por defecto de la contracción del útero, en los casos de inercia primitiva o secundaria, puede y debe emplear los medicamentos excitadores de la contracción uterina, es decir, los ocitócicos. Pero el ocitócico de elección no ha de ser cualquiera de los fármacos a los que se les reconoce acción sobre la contracción uterina, sino el mejor y el más indicado para este período del parto, como son los extractos del lóbulo posterior de la hipófisis, tales como el pitocin y sus similares. Estos extractos obran produciendo un estímulo de la fibra muscular lisa, especialmente del miometrio, de tal suerte que en un útero en inercia primitiva o secundaria o con contracciones muy débiles, obran produciendo reactivación y regularización de las contracciones, ya que estos extractos son los estimulantes naturales y fisiológicos del útero. Claro está que cuando la distocia obedece a contracciones alteradas por exceso, es decir, cuando se trata de polisistolia o hipersistolia uterinas, entonces los ocitócicos están formalmente contraindicados, toda vez que no harían más que aumentarla.

- Pero si tratada la inercia con los estimulantes de la contracción uterina, ésta no obedece al tratamiento racional que se ha hecho, entonces habrá necesidad de emplear uno de los métodos quirúrgicos que el obstetra elegirá responsablemente.

En el caso contrario, cuando la distocia no es por inercia sino a exceso de la contracción, cuando se trata de estados de hiperquinesia o hiperdinamia uterina, de hipertónicas generalizadas o localizadas en forma de anillos de constricción a nivel del cuello o de un segmento del cuerpo, debe emplearse como primera medida la medicación espasmolítica, cuyos representantes más importantes los encontramos en la papaverina y sus compuestos: el demerol, el betaglicerofosfato sódico y el sulfato de magnesio, que obran disminuyendo los espasmos y la excitación exagerada de la fibra uterina, bajando el tono basal, cuando éste se encuentra elevado. En muchas ocasiones el tratamiento es efectivo y el parto continúa normalmente; pero en otras la distocia persiste y nos vemos abocados a intervenir en otra forma, especialmente cuando se trata de anillos de constricción en el cuerpo, segmento o cuello, que no ceden a los espasmolíticos, ni aun a la anestesia profunda. Es muy frecuente, por ejemplo, el caso de un cuello espasmódico o que ha llegado a un grado de esclerosis, como sucede a menudo en las primigestantes añosas, en que la dilatación es tan difícil, que el parto se hace imposible; es entonces cuando se puede emplear con buen éxito en algunos casos, la llamada anestesia en silla de montar, con la que se consiguen a veces efectos sorprendentes, en que un cuello que parece imposi-

ble de dilatar, se deja hacerlo con relativa facilidad bajo esta anestesia; pero con frecuencia vemos también, que este recurso terapéutico fracasa y no hay que insistir ante lo imposible, ya que la dilatación de un cuello por la fuerza, puede traer graves consecuencias, como los desgarros amplos o un shock obstétrico que puede producir la muerte de la madre.

Todo lo anterior, se puede efectuar en un plazo más o menos amplio, cuando aún no está en peligro la vida del feto, y la distocia es debida a la dinámica uterina, es decir, cuando se trata de una distocia materna. Mas cuando unida a la dificultad para el encajamiento, aparece el sufrimiento fetal y con él el sufrimiento del obstetra, ya no basta la terapéutica medicamentosa, sino que se impone la terminación del parto en forma rápida y segura. Es cuando entran en juego los tratamientos quirúrgico-obstétricos, lo mismo que cuando el encajamiento no se efectúa por brevedad del cordón, ya ésta sea absolutamente por cordón muy corto, o relativa por presentarse una o más circulares, como cuando hay trastorno del fisiologismo de la cabeza y gracias a la cual ésta se ve desviada del eje del canal pelvigéntal, se orienta mal, no se fija bien, dando como resultado presentaciones de diámetros más grandes que dificultan el encajamiento, como es el caso de las presentaciones en variedades posteriores, o cuando los movimientos de asinclitismo se hacen más amplos de lo normal.

En presencia de una distocia de encajamiento y peligro de una de las complicaciones que pueden presentarse, ¿qué debe hacer el obstetra? La respuesta es lógica: terminar el parto lo

más rápidamente posible y en la forma más favorable, poniendo en juego su ciencia y su arte.

Hay varios caminos que conducen en esta clase de distocia a la terminación artificial del parto. Son ellos la versión interna, la cesárea segmentaria y la aplicación alta de forceps. Todos pueden dar buenos o malos resultados, según los casos, según el criterio del médico o según la indicación.

La versión interna tan usada en otros tiempos ha perdido mucho terreno, y aun cuando no está completamente abolida, cada día sus partidarios son menores. Ella necesita condiciones especiales como son: que se trata especialmente de multigestante; que haya suficiente cantidad de líquido amniótico; que el útero esté completamente relajado y que la dilatación del cuello la permita, porque de lo contrario nos exponemos a producir una ruptura grave del útero o a que conseguida la versión, con un cuello en dilatación incompleta, al hacer la extracción podálica, la cabeza se quede retenida, produciéndose la muerte fetal. Con todo hay ocasiones en que esta maniobra da buenos resultados y no podemos desecharla por completo, salvo en el caso en que se trate de una distocia de encajamiento con hipertonía uterina muy acentuada, o con gran distensión del segmento, casos en los cuales está formalmente contraindicada, por el grave peligro de producir una ruptura del útero, que sería algo más grave que la propia distocia que se trata de corregir.

En cuanto a la cesárea segmentaria, no nos cabe duda de que esta es una intervención bien reglada, que da un alto porcentaje de éxitos y que tiene indicaciones sumamente amplias. Mas

no por ello estamos autorizados para efectuarla y tenerla como la regla en todo caso en que se presente una distocia de encajamiento de causa secundaria. Sobre esta intervención se ha hablado y escrito mucho y se seguirá escribiendo, en razón de sus éxitos. Pero no debemos olvidar que ella constituye un acto quirúrgico y que como tal, expone a la paciente a los riesgos de toda operación, a más de que se trata de una intervención que se efectúa en una mujer que seguramente se va a ver sometida a embarazos y partos ulteriores, con un útero que ya sufrió una vez la apertura quirúrgica, dejando como consecuencia una cicatriz que no siempre da seguridad absoluta de una perfecta consolidación. El médico nunca puede estar seguro de que el sitio de la herida uterina no se vaya a infectar y a producir un proceso de cicatrización defectuosa y como consecuencia el peligro de una ruptura espontánea en el curso de un embarazo posterior o durante el trabajo del parto. Tampoco se puede saber si en un embarazo siguiente se presente nuevamente distocia de encajamiento y como resultado una nueva intervención cesárea, dejando por tanto a la paciente sujeta a la contingencia de sufrir una cesárea para cada embarazo. Por otra parte, es posible que una paciente previamente operada de cesárea en sus posteriores partos sea atendida por un médico poco experto en la materia, o por un profesional miedoso que crea necesaria la operación en todo embarazo, por considerar que si el anterior fue intervenido, seguramente lo sea en el caso presente, por tratarse de una distocia absoluta o por temor a una ruptura uterina en el curso del trabajo, sin te-

ner en cuenta las consecuencias para ulteriores casos. En consecuencia, el obstetra debe esforzarse por conseguir la terminación del parto por la vía baja, y sólo cuando ello no sea posible y se vea en la necesidad de terminarlo por presentarse peligro para la vida de la madre o del hijo, debe efectuar la operación.

Nos queda por analizar el tercer medio, o sea el fórceps y su aplicación alta, o en cabeza que aun cuando se encuentre fija no se haya encajado, es decir, el fórceps alto.

El fórceps, valioso auxiliar del especialista que tantas vidas ha ayudado a salvar, no encuentra reparos en cuanto se refiere a su aplicación en cabeza encajada y todos están de acuerdo en que es útil y a veces indispensable. Pero cuando se trata de su aplicación alta, surgen las divergencias y en ellas encontramos desde las que lo proscriben rotundamente como un elemento de tortura y sacrificio fetal, hasta los que lo defienden y proclaman como el medio más eficaz, cómodo e inocuo. Entre los unos y los otros están los que lo aceptan con ciertas reservas, aplicándolo algunas veces cuando lo consideran útil o sustituyéndolo por la cesárea cuando lo imaginan peligroso. Es un hecho que el fórceps no fue creado para aplicación alta, pero la técnica de los especialistas lo han llevado a invadir regiones vedadas, con éxito en la mayoría de los casos.

Sea o no creado el fórceps para aplicación sólo sobre cabeza encajada, es un hecho que sobre el estrecho superior se puede aplicar y que cuando ello se hace por un especialista de criterio, de honradez y de pericia probados, produce éxito.

Es claro que en todo caso de distocia de encajamiento, el fórceps alto no es la solución pero en condiciones favorables y llenando los requisitos que tan delicada intervención requiere, se puede intentar su aplicación casi con la seguridad de que en buenas manos, con cuidado y con las condiciones requeridas, se consiguen buenos resultados, especialmente en multigestantes que presenten distocia de encajamiento de causa secundaria.

Aunque la aplicación del fórceps por encima del estrecho superior, es cuestión tan rebatida y en su contra se encuentran eminentes obstetras, quienes aducen razones de bastante fuerza y criterio, nosotros creemos que la limitación no es tan absoluta y en ello coincidimos con algunos especialistas, quienes admiten la posibilidad del empleo del fórceps alto, aduciendo razones también de peso y tan convincentes como lo es el argumento de haberlo aplicado en diferentes ocasiones con resultados satisfactorios. Es claro que unos y otros tienen razón en sus puntos de vista, pero creemos que así como no se debe proscribir rotundamente el empleo del fórceps alto, tampoco se debe abusar de su aplicación, ya que no todos los casos son favorables a su empleo. Repetimos que nos referimos al empleo del fórceps en distocias de encajamiento de causa secundaria, en las cuales tenemos como elemento fundamental la ausencia de desproporciones materno-fetales, o presentaciones francamente distócicas; partimos de la base de pacientes con pelvis normales, con fetos también de tamaño y presentación normales. En estos casos bien vale la pena, en condiciones favorables, hacer el intento de una aplicación lata, reco-

mendando eso sí, la suma prudencia que sólo un especialista puede tener. Si el intento fracasa y hay que terminar el parto, que da el recurso de la cesárea, pero si en el intento se sale avante, por ese mismo hecho se ha ahorrado a la paciente una intervención de mayor categoría y se le ha dejado en condiciones normales para posteriores embarazos y partos. Así lo demuestran las historias que presentamos en el presente trabajo, entre las cuales hay un buen número de aplicaciones altas de fórceps, con resultados halagadores si se quiere. En ellas se encuentran también algunos casos de muerte fetal, en los que no está muy clara la causa de la muerte. Los opositores al fórceps alto podrían decir: la causa no fue otra que la misma aplicación del fórceps; pero éste no es un argumento concluyente, ¿acaso no se podría decir lo mismo de la cesárea, reconocida por todos como inocua? En muchas ocasiones se interviene por cesárea con feto vivo y se extrae muerto o en tan malas condiciones que muere poco después; ¿por qué? Porque se interviene tarde. ¿No podría ser ese el mismo argumento para quitarle al fórceps alto su apelativo de basiotribo en feto vivo? El temor a la aplicación alta de fórceps, así como la esperanza de que logre el encajamiento espontáneamente, hacen que una gran mayoría de estas intervenciones se realicen tardíamente, cuando se ve la necesidad de terminar el parto en momentos y frente a un gran sufrimiento fetal. El feto nace muerto o en muy malas condiciones y entonces se dice: consecuencia del fórceps que no se debe aplicar alto, pero no se miden las condiciones en que su aplicación tuvo lugar. ¿No se

produce la muerte fetal en el curso de un parto espontáneo, cuando se presenta sufrimiento del feto? Con mucha frecuencia esto sucede y sin embargo el fórceps no ha sido empleado. Asimismo muchas veces se hace una aplicación de fórceps con cabeza baja en el estrecho medio o inferior y aun en desprendimiento, y sin que el fórceps a esta altura sea traumatizante, se obtiene un feto muerto sin que por ello se le pueda achacar la muerte a la aplicación del fórceps sino a lo tardío de la intervención. Por otra parte, en cuántas ocasiones un feto que sufre fuertemente se salva gracias al fórceps.

No podemos negar, ni queremos hacerlo, que hay casos desgraciados en que una aplicación alta de fórceps haya causado la muerte fetal, pero esto no es siempre lo común y hasta podríamos asegurar que cuando ello ha sucedido, es porque el fórceps ha sido mal aplicado y su indicación no ha sido estudiada detenidamente.

Ahora bien, es cierto que el fórceps no se puede aplicar en todos los casos y que para hacerlo, hay que llenar de requisitos sin los cuales es imposible llegar a un resultado favorable, y antes por el contrario, producen un fracaso seguro.

En primer lugar el cuello del útero, debe estar completamente dilatado, o que sea posible completar su dilatación manualmente, porque de lo contrario el fórceps no se podría introducir y en caso de hacerlo, sería a costa de desgarros, éstos si amplios y graves con peligro igualmente de desgarrar del segmento.

En segundo lugar, hay que tener seguridad absoluta de que no existe desproporción cefalopélvica, ni siquie-

ra mínima o dudosa; antes bien estar plenamente convencidos de que la cabeza cabe sin quedar apretada en el estrecho superior, para que aun con el aumento de diámetro producido por las cucharas de fórceps, el paso sea posible fácilmente. De otra manera se fracasa y entonces si hay peligro para el feto por la compresión cerebral que sufre al hacerle introducir forzosamente la cabeza en la pelvis.

En tercer lugar, las tracciones ejercidas sobre el fórceps no han de ser violentas, con el fin de hacer encajar y descender la presentación a la viva fuerza y por sobre todo, sino que deben ser tracciones suaves, muy prudentes, dirigidas hacia abajo y hacia atrás, buscando el eje del encajamiento y en el momento de la contracción si la hay para lo cual puede ser útil hacer suspender la anestesia, y teniendo el suficiente carácter para desistir de la extracción del feto por abajo, si el encajamiento ofrece alguna dificultad. Por ello debe intentarlo el verdadero especialista que lógicamente se arrepentirá ante el fracaso en contra del médico general, que tendrá más probabilidad de no hacerlo y entonces se obsesionará con el fórceps y no ve más solución que ésta.

En cuarto lugar, hay que tener la precaución de hacer la aplicación del fórceps en un medio quirúrgico, teniendo listo todo lo necesario para cambiar rápidamente la intervención por una cesárea, si al hacer el intento de extracción con el fórceps, se nota dificultad, aun cuando sea mínima, para conseguirlo, teniendo en cuenta la obligación de salvaguardar la vida del feto y la integridad de la madre, por lo cual consideramos un error tratar de sacar un feto a toda costa, por el

solo hecho de creer que una vez introducido el fórceps, no se debe sacar vacío. Repetimos que la aplicación alta del fórceps es intervención muy delicada que tiene que hacerla un especialista avanzado en la materia y que sólo debe ser un intento en que si resulta con facilidad el tiempo del encajamiento, se puede continuar la operación, pero que si hay dificultad por leve que ella sea, se debe cambiar la intervención por versión o por cesárea. Por eso no lo aconsejamos para el medio rural.

En quinto lugar, el operador debe disponer de un ayudante práctico para que éste le facilite las maniobras que debe efectuar al hacer la toma y las tracciones.

En sexto lugar debe tratarse de hacer una toma lo mejor posible, para evitar el sufrimiento y la compresión de la cabeza lo más que se pueda. Para ello, como la presentación por lo general antes del encajamiento, se orienta en el diámetro transverso de la pelvis y como en esta posición no se puede hacer una toma directa porque resultaría fronto-occipital, se puede hacer una toma oblicua, fronto-mastoidéa que es buena aplicando el fórceps según las técnicas clásicas, como para una variedad de posición anterior; pero todavía es mejor emplear una pequeña maniobra que da muy buen resultado y que consiste en que el cirujano, antes de introducir la primera cuchara y con la misma mano que le va a servir de guía, rote la presentación a O. P. a O. S., mientras que el ayudante la fija sólidamente en esta posición por la pared abdominal para mantenerla fija e impedir que se vuelva a O. T., en estas condiciones y si el ayudante cumple bien su función,

se puede hacer una toma directa e ideal. Entonces una vez hecha la toma con punto de apoyo en el fórceps se rota la presentación a una variedad de posición oblicua y en estas condiciones se empiezan las tracciones para el encajamiento. Incluso se pueden hacer hasta dos y tres intentos de aplicación, suavemente, destinados a corregir las tomas defectuosas que hayan resultado e impedido el encajamiento perfecto.

En séptimo lugar hay necesidad imprescindible de hacer una revisión manual del útero, cuello y vaginas, una vez terminada la intervención, para cerciorarse que no han quedado lesiones maternas, y si hay desgarros suturarlos inmediatamente, ya que son causa frecuente de hemorragia y shock.

Sobra advertir que todas estas maniobras tienen que hacerse bajo anestesia profunda, porque son dolorosas en extremo y sin anestesia se corre el peligro de shock.

Es bajo estas condiciones que consideramos posible la aplicación, o mejor el intento del fórceps alto, para terminar rápidamente un parto y muy especialmente, cuando se trata de fetos pequeños en mujeres de pelvis muy amplias que permiten fácilmente el encajamiento y los movimientos del fórceps. De lo contrario el fórceps alto no debe intentarse, ni tan siquiera pensarse en ello, porque entonces sí es demasiado peligroso. Creemos que los casos de éxito que presentamos y los que relatan quienes aceptan el fórceps por sobre el estrecho superior, se deben a que se han seguido estos requisitos y se han conseguido las condiciones favorables para hacerlo.

Estado actual del fórceps sobre el estrecho superior y su relación con la distocia de encajamiento de causa secundaria.

No queremos terminar el presente trabajo sin hacer antes un análisis sobre el fórceps y sobre los argumentos que se aducen en pro y en contra de su aplicación por encima del estrecho superior.

El fórceps como su nombre lo indica, es una pinza que cumple una finalidad doble: presión y extracción y está destinado para aplicarlo sobre la cabeza del feto para extraerlo de los genitales. Desde su invención por Pedro Chamberlen en 1600, ha venido prestando grandes servicios a quienes se dedican al ejercicio de la obstetricia.

En un principio su empleo quedó limitado a la familia del inventor, que guardó el secreto por mucho tiempo; más tarde, conocido su uso y discutida su utilidad, se hizo común al profesional, hasta convertirse casi en un símbolo del partero. Desde entonces el primitivo aparato ha sufrido modificaciones en su estructura pero no en su finalidad. Constituido por dos ramas, que a la manera de dos manos cogen la cabeza sólidamente para extraerla, fueron ideadas modificaciones a su estructura, hasta conseguir diferentes tipos de fórceps que conservando las curvaturas primitivas de sus cucharas difieren en cuanto a la disposición de sus ramas, teniéndose así los fórceps de ramas cruzadas y los de ramas convergentes. Los más usados entre los de ramas cruzadas son los modelos de Tarnier, Simpson y Kjelland y entre los de ramas paralelas el de Demelin.

Entre nosotros los más empleados son los modelos de Tarnier y Simpson, en especial este último, del que existen varios tamaños para su aplicación, según la altura a que se encuentre la cabeza fetal.

No cabe duda de que la introducción del fórceps a la práctica obstétrica representó uno de los mayores progresos en esta rama de la medicina; pero tampoco es menos cierto que en un principio se empleó con abuso, abuso que ha ido corrigiéndose paulatinamente, y que hoy día, gracias a la experiencia que de él se tiene y de los estudios llevados a cabo, su empleo tiene normas y leyes que hacen del fórceps un instrumento casi inocuo, necesario y a veces indispensable, llegando a tener indicaciones precisas que ha hecho que se imponga en la práctica obstétrica moderna como un instrumento verdaderamente insustituible.

Como los argumentos son controvertibles, haremos un paralelo entre las razones en pro y en contra de las aplicaciones altas de fórceps.

Primer argumento. El bacinete: se asegura que el defecto o falta de encajamiento equivale a pelyviciación; si ésta existe, absurdo será aplicar fórceps y el fracaso será total, pues si la cabeza no pasó sola, mucho menos lo hará aumentando su esfera u ovoide con las cucharas del aparato; esto sin contar otras consecuencias: el fraumatismo fetal, el irremediable deslizamiento de presión o tracción.... El argumento es poderoso e irrefutable, hoy en día no ofrece duda y ante una pelyviciación franca sin encajamiento, con prueba de trabajo cabal, la conducta la rige la cesárea segmentaria. Pero este no es el campo de

la distocia de encajamiento que nos ocupa, el grupo que hemos analizado descarta la pelviviación, la respeta, no invade su fuero; mas si no existe pelviviación y la distocia de encajamiento se debe a alguna de las causas estudiadas, y a ello se ha llegado después de un estricto diagnóstico clínico-obstétrico, y existe la necesidad de terminar el parto artificialmente, la aplicación de fórceps en el estrecho superior o arriba de éste se debe intentar pero con gran conocimiento de causa respecto a la acción y resultante; con la más rigurosa prudencia, inclusive ordenando simultáneamente la preparación para probable cesárea, con un cuidadoso juicio y raciocinio de diagnóstico y conducta que permita el intento con una reciproca racional: **saber arrepentirse a tiempo, no insistir ante lo imposible, temer al traumatismo obstétrico, no hacer una locura obstétrica, no convertirse de partero prudente y fisiológico en un psicópata del parto**, obsesionándose con una sola idea fija, a saber: se intervino por vía baja, luego el parto tendrá que terminar por ésta, pase lo que pase, gástese el tiempo que se gaste, hágase el traumatismo que se haga, el feto no vale en su vida, lo que vale es sacarlo al mundo.

Segundo argumento. El encajamiento condición para aplicar fórceps. Es de la hermenéutica obstétrica fijar como condición necesaria para aplicar fórceps, que la presentación esté encajada con la circunferencia mayor de la cabeza fetal abajo del estrecho superior para que así la manipulación del aparato y sus movimientos iniciales y siguientes evoluciones se verifiquen libremente en el amplio espacio de la excavación pélvica, en donde se ob-

tendrá éxito; todo lo contrario de cuando se actúa en el estrecho superior que por definición traduce un espacio reducido que anatómicamente da entrada a la excavación o región ensanchada del bacinete.

El argumento tiene solidez; pero relativa, pues vale si se relaciona con el argumento primero de la pelviviación; pero en un bacinete de dimensiones normales con el tipo de distocias de causa secundaria no tiene valor absoluto, ya que no hay problema para aplicar fórceps porque el estado del polo cefálico ante el estrecho superior es el mismo o semejante al que presentaría frente al parto espontáneo que se desarrolla de acuerdo con la eutocia, y por otra parte, no hay impedimento físico para colocar las cucharas del fórceps en el área del estrecho superior cuando el bacinete es normal. Además, la experiencia ha ratificado dos hechos: que mucho se yerra en la apreciación del encajamiento de su grado, de su profundidad, y que siempre se ha seguido aplicando fórceps y se ha logrado hacer pasar el volumen-cabeza-cucharas.

En cuanto al primer hecho ha sido común diagnosticar una cabeza como encajada y después llegar a la conclusión de que aún es movable o rechazable, error que se debe a que se hace el examen en el momento de una contracción uterina, a la bolsa serosanguínea o a falta de práctica y que se aclara cuando en el momento de intervenir por vía vaginal, se anestesia a la paciente, hay o no relajación uterina, pero lo cierto es que la presentación asciende porque se hace rechazable y movable fácilmente.

Hoy está demostrado que se debe pecar por exceso y no por defecto en

cuanto al diagnóstico del encajamiento, pues todas las presentaciones insinuadas o fijas, son cesareables y no están perfectamente encajadas; sólo existe encajamiento verdadero, cuando el límite inferior de la cabeza, prescindiendo de la bolsa serosanguínea, llega al tercer plano de Hodge y está muy próxima a este la gran circunferencia cefálica. Los casos intermedios a los paralelos primero y tercero, no traducen sino escalas intermedias de encajamiento, y son todavía cesareables con dificultad ligera mediana o grande, pero siempre cesareables.

En cuanto al segundo hecho y en correlación con el primero, a pesar del error en el encajamiento, cuando se ha resuelto terminar el parto con fórceps, éste se ha logrado, al fin y al cabo, por lo menos en la gran mayoría de las veces en un período corto o largo, con aturdimiento o sin éste, pero se ha logrado sin grave morbilidad materna.

Tercer argumento. La toma obstétrica. La técnica más inexorable exige que al aplicar las cucharas del fórceps se realice la buena presa, con toma ideal, biparietal o biauricular, con las cucharas en regiones simétricas del cráneo y de la pelvis y con el eje del aparato en dirección del diámetro occipito-mentonero. Lograr lo anterior será tanto más difícil cuanto más baja esté la cabeza y será un imposible en el estrecho superior o arriba de éste, porque se supone la cabeza en variedad de posición transversa, que es lo más frecuente y las tres tomas conocidas tendrán el siguiente resultado: la biparietal no se alcanzará y si por casualidad se obtuviere, el encajamiento y extracción se obstaculizarían porque se haría un puente promonto-coxígeno

con la rama posterior, se eliminaría la curvatura sacra tan necesaria en el mecanismo fisiológico del parto y entonces no se podría imitar éste; la oblicua fronto-mastoides podrá realizarse a costa de vencer múltiples dificultades, debido a que serían reducidísimas para alojar las cucharas, las hendiduras de los extremos de los diámetros oblicuos, y además en el feto producirían morbilidad por las parálisis faciales debidas a la comprensión del agujero estilo-mastoideo; la antero-posterior, fronto-occipital, tendría las mismas dificultades con mayor intensidad y provocaría gran reducción del diámetro occipito-frontal con consiguiente aumento del biparietal que no podrá franquear el diámetro útil y lo cual hará, además lesiones encéfalo-craneanas de pronóstico fetal grave, inmediato o futuro. Finalmente, por el asinclitismo del polo cefálico, nunca se hará una satisfactoria colocación de las cucharas.

Los argumentos anteriores se refutan diciendo que en el tipo de distocia de encajamiento que nos ocupa, se deben descartar las tomas antero-posteriores por su agresividad. La toma ideal es de suma dificultad conseguirla ya que si no se alcanza estando la cabeza cerca del estrecho inferior muchas veces aun cuando se haga la más completa hilación de proyecto de fórceps, con menor razón será fácil estando la cabeza a la altura del estrecho superior. No obstante algunas veces se logra una toma ideal, cuando es posible emplear un pequeño truco que consiste en rotar previamente la cabeza a O. P. o a O. S. con la mano que ha de guiar la primera cuchara y una vez obtenido esto, un ayudante mantiene la cabeza en esta posición, cogiéndola sólidamente con

ambas manos por la pared abdominal; sin sacar la mano guía, mientras que ésta ayuda a mantener la cabeza en la posición que se le ha dado, se introduce la primera, directamente, para una aplicación directa y una vez colocada se introduce la segunda rama, lográndose muchas veces hacer una toma ideal como lo hemos visto. Una vez lograda la toma, se rota ligeramente la presentación con el fórceps a una variedad de posición oblicua y se inician las tracciones para el encajamiento... Ahora bien, si no se logra una toma ideal la toma oblicua que resultare no tiene inconveniente porque si la pelvis materna es de amplitud normal, no habrá dificultades para dar cabida a las cucharas, y además las lesiones fetales que ocasiona dicha toma se restituyen ad integrum y tienen la misma suerte de las que se presentan en las mismas tomas realizadas abajo del estrecho superior, tomas que por cierto son muy frecuentes por muy descendida que esté la presentación.

En el argumento que se comenta, falta abrir también la discusión sobre los artificios y sobre los modelos de fórceps destinados a corregir las dificultades para hacer la toma ideal en el estrecho superior o arriba de éste y solventar los inconvenientes mecánicos y físicos de las curvas de los aparatos, para relacionarse con la configuración del bacinete; a) Maniobra de James Massini; b) Fórceps de Kjelland; c) Fórceps de Demelin S.

a) **Maniobra de James Massini.** Este distinguido Profesor argentino, para lograr la toma en que el eje del aparato siga el eje occipito mentonero fetal, y partiendo de la base de que la cabeza arriba del estrecho

superior está en una variedad occipito-transversa, izquierda ó derecha de flejada, recurre a artificios ingeniosos y hace la toma invertida, ideal y flexora, que lleva su nombre al tiempo que da a la mano guía un papel opuesto al que tiene en la aplicación clásica y además asimila la variedad transversa a la correspondiente posterior para las siguientes maniobras. Es invertida porque la curva pélvica del aparato mira no al occipital sino hacia la frente, tanto en el momento de hacer la aplicación como una vez terminada ésta. Es ideal porque coinciden el eje del aparato y el occipito mentonero. Es flexora porque mediante un movimiento de palanca, cambia la actitud de la cabeza y se provoca la flexión. La mano guía es única y lleva el nombre contrario a la variedad de posición.

Ejemplo; sea una O. I. D. T. deflejada sobre el estrecho superior. Hecho el proyecto de fórceps se procede así: introducción de la rama anterior o derecha conducida por la mano derecha y guiada con la izquierda; se lleva por la articulación sacroiliaca derecha y se termina su colocación con la maniobra de La Chapelle, hecha por delante del occipital y con la cual se adapta a éste la curva cefálica. El mango del fórceps quedará contra el muslo materno derecho. Introducción de la rama posterior o izquierda directamente llevada por la mano derecha y guiada por la misma mano guía, o sea la izquierda, con lo cual se adapta la curva cefálica al parietal posterior. Articulación del fórceps, previo descruzamiento, después de lo cual los mangos de éste quedarán contra el muslo derecho de la madre. Flexión de la cabeza para lo

cual bastará llevar los mangos del aparato contra el muslo izquierdo de la madre. **Asimilación a O. I. D. P.** para lo cual se hace la primera tracción, se lleva el occipital al seno sacro-iliaco derecho y ya quedará la presentación orientada en el diámetro del encajamiento de la O. I. D. P. La futura conducta será la de esta presentación encajada y así seguirán descenso, rotación a O. P. seguida de desarticulación del aparato para hacer nueva aplicación en el estrecho inferior para la última variedad de desprendimiento y de acuerdo con las normas clásicas.

b) **El Fórceps de Kjelland.** Su principio fundamental es hacer la toma ideal mediante la maniobra de la rotación in situ de la rama anterior.

Algunos lo han aplicado en la variedad de posición transversa sobre el estrecho superior, teniendo en cuenta la siguiente técnica: la aplicación se hará en el sentido antero-posterior del bacinete. Siempre se tomarán las ramas del fórceps con la mano derecha y a modo de bayoneta. Se introducirá primero la rama anterior con la curva cefálica mirando hacia el pubis, cuidadosamente guiada por la mano izquierda que será una sola y misma mano guía. Rotación in situ, rotación intrauterina de la cuchara del fórceps, para que la curva cefálica se adapte al parietal anterior, que ya en el tiempo anterior estaba adaptada al pubis; dicha rotación se hace a través del mango, con mucha suavidad y en el sentido de la curva pélvica del fórceps o de un bolóncito especial que tiene. Aplicación de la rama posterior, en sentido anteroposterior, llevando la cuchara contra el promontorio hasta adaptar su curva

cefálica al parietal posterior y terminar con la articulación a la rama anterior. Podrá quedar una cuchara más profunda que la otra (asinclitismo) y esto lo permite la amplia corredera de articulación. Tracciones de encajamiento y descenso. Rotación de 90 grados, espontánea o provocada y desprendimiento en O. P. o nueva aplicación para O. P., previa desarticulación del aparato.

c) **El Fórceps de Demelin 8.** Tan conocido y tan bien estudiado en la tesis del doctor Aristóbulo Urrego, también se le ha reconocido gran utilidad en la operación alta de fórceps, especialmente cuando se introduce primero la rama anterior, porque es un fórceps que imita el mecanismo del parto espontáneo, facilita la libertad de movimientos de la cabeza, provoca la flexión, corrige el asinclitismo o éste no dificulta su aplicación y articulación, hace una buena presa, la toma es sólida por ser sus ramas convergentes, porque sus tracciones se hacen en la forma más científica, etc.

Críticas

a) El James Massini merece encomio por su ingeniosidad y en teoría representa una innovación o renovación. Pero en la práctica posiblemente no da los resultados que se propone, pues es difícil que se tenga éxito en cada uno de sus tiempos, tan contrarios a los que ya han producido familiarización al tocólogo. En el maniquí de Obstétrica es un lujo de intervención y todos sus tiempos que constituyen una serie de artificios se realizan a la perfección.

b) El Kjelland no se ha indicado sino especialmente para las variedades de posiciones transversas, encaja-

... y si su campo de acción ha subido hasta el estrecho superior o arriba de éste, no ha sido tal su objeto principal, sino el deseo de ensayarlo en la operación alta de fórceps.

c) El Demelin 8. Sirve mucho más en la operación alta de fórceps cuando la cabeza está a la altura del estrecho superior; esto hay que reconocerlo. Lástima que sea un aparato tan grande, de cucharas tan amplias; en caso contrario, daría mejor rendimiento.

Ante la maniobra de James Masini, ante los fórceps de Kjelland y Demelin 8, se debe preferir el fórceps de Simpson modelo pequeño que se comporta como un gran fórceps en la operación alta, en donde merece la simpatía y fe que se le tiene en las regiones más declives del bacinete.

Cuarto argumento. Se ha dado veto al fórceps sobre el estrecho superior porque a esta altura pertenece el radio de acción de la cesárea y de la versión podálica; el modernismo obstétrico por la inocuidad de la primera, asegura que el balance materno fetal favorecerá a la cesárea y perjudica al fórceps alto. Además los autores antiguos preferían la versión al fórceps aunque en ella el resultado fetal llegare hasta la mortalidad, pero en todo caso la consideraban mejor para la madre. Hoy todos veneramos a la cesárea segmentaria y reconocemos sus infinitos beneficios, pero en algunas distocias de encajamiento, el fórceps puede sustituirla con ventaja, sustitución que es de rigor o de emergencia salvadora cuando la vitalidad del feto se compromete tanto, que no da tiempo para la preparación y ejecución de una cesárea (en lo cual pasaría por lo me-

... dable practicar en feto-muerto en potencia o en acto o en lapso inmediato y a la cual no es justo ni científico exponer a la madre para tener un hijo que no ha de vivir.

Quinto argumento. El fórceps alto está reservado a los prácticos y especialistas en obstetricia clínica. Este sí es un argumento convincente, porque la aplicación exige conocimiento de causa y habilidad en la postura de las cucharas que sólo la da la experiencia, y por sobre todo esto: es más probable que el especialista sepa arrepentirse a tiempo y que tenga el suficiente criterio para cambiar la conducta por una cesárea si llega el momento en que sus intenciones de aplicación no han tenido éxito y que no le tema al «qué dirán» y no se amilane ante la supuesta crítica por cambiar una conducta en que hubo fracaso.

A lo que no se debe llegar es al extremo apasionado de algunos autores que al declarar que el fórceps es una operación contra natural que debe ser patrimonio del obstetra azezado, de la cual debe abstenerse el poco práctico, el «obstetra rural», aconsejan a estos últimos la **embriotomía en feto vivo**: craneotomía y basiotripista, cuyos nombres encrespan y horripilan, aunque ellos aduzcan en forma tan discutible y errada lo siguiente: «el fórceps alto que logra extraer el feto no es sino una embriotomía disimulada y vergonzante con todos sus inconvenientes y ninguna de sus ventajas».

Conclusiones finales

El parto es un acto fisiológico, regido por leyes biológicas que constituyen la fisiología obstétrica.

Llegada la preñez a su término, se instala el trabajo de parto, el cual si es normal, da origen al parto eutócico o fisiológico.

Cuando el fisiologismo del parto se ve alterado en todas o en una de sus partes, aparece la entidad denominada distocia.

Existe una distocia primitiva o absoluta en la que el parto es imposible por las vías genitales, y una distocia relativa del encajamiento, dependiente de diferentes causas que sí puede permitir la realización del parto por vía baja y que constituye la distocia de encajamiento de causa secundaria.

La distocia de encajamiento de causa secundaria puede tratarse médicamente, obteniéndose a veces buenos resultados con los ocitócicos o con los espasmolíticos, según el caso. Cuando el tratamiento médico fracasa, hay que recurrir a otros métodos como la versión, la cesárea, o el fórceps alto, para salvar la vida del feto que casi siempre se ve comprometida.

La aplicación alta del fórceps está contraindicada por unos obstetras y aceptada por otros. Es una intervención que se puede emplear con buenos resultados, siempre que se llenen los requisitos indispensables para poder emplearla.

El fórceps alto debe emplearse en un medio quirúrgico, teniendo listo todo lo necesario para cambiar la conducta por una cesárea, si fracasa el intento.

No se debe insistir ante lo imposible y se debe tener el suficiente carácter para desistir de la intervención, si se aprecia dificultad.

La aplicación alta de fórceps, sólo debe intentarla un especialista en la

materia y con larga práctica. Esta intervención está contraindicada en la inminencia de ruptura así como la versión y en este caso sólo debe emplearse la cesárea.

En presencia de una distocia de encajamiento de causa secundaria hay que hacer un estudio cuidadoso de la causa y proceder de acuerdo con un criterio científico, resolviendo la conducta obstétrica, antes de que sea demasiado tarde, pues la vida del feto se encuentra seriamente amenazada.

Nuestra experiencia en historias clínicas demuestra que el fórceps puede invadir el campo de la cesárea y no ser una embriotomía en feto vivo.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta José del Carmen**—Conferencias de Clínica Obstétrica.
- Acosta Hernando**—Conferencias de Obstetricia.
- Mojica Carlos Julio**—Conferencias de Clínica Obstétrica.
- Peralta C. Rafael**—Conferencias de Obstetricia.
- Peralta C. Rafael**—«Colombia Médica». Vol. III, 1944 N° 8. «A propósito de las aplicaciones de fórceps sobre el estrecho superior».
- Botella Lluís José**—Patología Obstétrica. Primera edición.
- Carl-Henry Davis**—Gynecology and Obstetrics.
- Doderlein A.**—Tratado de Obstetricia. Segunda edición.
- De Lee Grinhill**—Principios y Práctica de Obstetricia. Octava edición.
- Pérez Manuel Luis**—Tratado de Obstetricia. Quinta edición.
- Recasens Girol**—Tratado de Obstetricia. Séptima edición.