

CONFERENCIA

Hospital Ginecoobstétrico Sur "Mariana Grajales Coello"

Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto

MsC. Danilo Nápoles Méndez¹

La solución quirúrgica en diferentes eventualidades en la práctica obstétrica mediante la cesárea, ha sido una decisión importantísima en la medicina perinatal para resolver problemas difíciles, que tendrían un impacto negativo en la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo(a).

Recientemente se ha producido un aumento considerable en la ejecución de cesáreas, que ciertamente no es inocuo por los riesgos quirúrgicos y anestésicos que implican para la madre y el recién nacido, con lo cual se puede perder su efecto beneficioso. Por otro lado, la cesárea es la más antigua y moderna cirugía obstétrica, cuyo gran perfeccionamiento actual ha contribuido a una confiabilidad excesiva y a un uso irracional.

El incremento de su realización está relacionado con factores de muy diversa índole:

1. Una mentalidad de obstetras y neonatólogos que justifica la cesárea como un procedimiento directo para reducir la morbilidad y mortalidad perinatales.
2. El valor social de la cesárea, pues se trata de una cirugía considerada en las sociedades de consumo como un elemento prestigioso para el cirujano.
3. Las influencias medicolegales, toda vez que muchas de las demandas formuladas se basan en el hecho de no ejecutar la cesárea o realizarla tardíamente; pero nunca cuando se practica precozmente.
4. El aumento de los honorarios médicos e ingresos institucionales por ese concepto constituye un elemento importante en el incremento del número de cesáreas y define en muchos lugares las características de las prácticas obstétricas.

Sin embargo, el objetivo de esta comunicación es acercarnos a las causas que inciden en la cesárea y que tienen una relación directa con el desempeño técnico en la atención al trabajo de parto, pues resulta vital el conocimiento de este último y su interpretación gráfica para una intervención oportuna; por ello será decisivo lograr la debida preparación del personal que asiste el proceso del parto y las eventualidades que de él se derivan, con la utilización adecuada del partograma, a fin de minimizar las distocias y obtener mejores resultados maternoperinatales.^{1, 2}

Sería válido seguir las siguientes orientaciones.

1. Eliminar la cesárea por indicaciones no médicas (causas sociales).
2. Reducir la cesárea por indicaciones médicas no obstétricas.
3. Controlar, mediante protocolos, las indicaciones obstétricas más frecuentes:
 - a) Distocias del parto
 - b) Cesárea previa

Reflexiones

Un análisis sobre la cesárea realizado en los Estados Unidos de Norteamérica reveló que la elevada frecuencia de esta operación se debe a las siguientes prescripciones: cesárea previa (48 %), distocias (29 %), sufrimiento fetal (16 %) y presentación pelviana (5 %). Entre las distocias se incluyeron todas las categorías del llamado parto disfuncional.

En verdad, el término *parto disfuncional* es relativamente nuevo e incluye muchas veces todas las indicaciones imprecisas para respaldar, con vicios injustificados, la práctica de la cesárea.

Resulta importante señalar que un propósito de Europa y EE.UU. para el 2000 fue reducir en 50 y 25 %, respectivamente, la intervención quirúrgica a expensas del parto transpelviano en cesárea previa y distocias.

En el Hospital "Princesa Margaret" de Jordania, donde se producen 8 500 nacimientos anuales y se trata de un país subdesarrollado, disminuyó la incidencia de cesárea de 15 a 6,5 %, con un

descenso de la mortalidad infantil de 52 por 1 000 nacidos vivos a 32 por igual tasa; en tanto la cesárea por distocia se redujo de 10 a 4,5 % (en más de 50 %) y por condición previa de 5 a 2,5 %, es decir, a la mitad.

Teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud plantea que 8 % de la mortalidad materna se debe a la definición de parto obstruido, que incluye el trabajo de parto prolongado y la desproporción cefalopélvica y que además puede dejar secuelas en la madre y el niño, es posible concluir que la atención adecuada al parto para una maternidad segura deberá incluir la optimización del indicador cesárea en relación con estas indicaciones.³⁻⁵

Un sistema de evaluación para el análisis de la cesárea se establece siguiendo los intereses de los comentarios anteriores, que la dividen como sigue:

- a) Programada
- b) No programada
- c) No programada (parto disfuncional)

En realidad, el parto disfuncional y sus categorías pueden expresarse en la distocia de fase latente y después en fase activa, así como en el segundo período con expresiones de diferentes diagnósticos clínicos, por ejemplo: trabajo de parto prolongado, dilatación estacionaria, desproporción cefalopélvica, entre otras, capaces de constituir indicaciones de cesárea, pues el término parto disfuncional, por sí solo, lo consideramos impreciso para indicar esta operación.

Parto disfuncional

Es aquel donde el progreso en la dilatación, el descenso de la presentación o la expulsión del feto, se apartan del ritmo normal.

Categoría I

- **Fase latente prolongada del trabajo de parto:** Se estima que es la única modalidad de distocia de fase latente; en muchos casos constituye una forma de parto disfuncional primario, en la que posteriormente se interrelaciona con distocia de fase activa y resultados perinatales adversos, como sostienen Chelmon y Maghoma.^{6, 7}

En diferentes estudios, su frecuencia oscila entre 0,3 y 4,2 %. Es importante, para un diagnóstico correcto, definir cuándo se inicia la fase latente para poder determinar su duración. Los términos clínicos evaluados por Friedman de 14 y 20 horas en multíparas y nulíparas, respectivamente, para considerarla como prolongada, han sido modificados actualmente por otros autores y organizaciones como la Organización Mundial de la Salud.

El mecanismo establecido por Friedman fue el uso del Mederol y dejar un reposo aproximadamente durante 6 horas. De estas pacientes, 80 % pasarían a la fase activa del trabajo de parto, en 10 % se haría el diagnóstico de falso de trabajo de parto y otro 10 % se mantendría en fase latente prolongada y se indicaría la conducción con oxitocina.

Un estudio para caracterizar a las gestantes en fase latente en el Hospital Provincial Materno Sur de Santiago de Cuba durante 5 años, basado en una muestra de 2 300 pacientes, mostró que la fase latente en embarazadas a término duró menos de 8 horas en 85,2 % de la población investigada. Partiendo de estos resultados se realizó un ensayo clínico en el cual, a partir de las 8 horas de iniciada la fase latente, se colocaron 25 µg de misoprostol vaginal cada 6 horas, hasta 3 dosis en nulíparas y 2 en multíparas, sobre la base de que la primera causa de fase latente prolongada fue el cuello inmaduro, en concordancia con los hallazgos en la fase de caracterización.

El misoprostol es una prostaglandina E₁ metilada en el carbono 16, que actúa sobre el músculo uterino y aumenta la actividad contráctil, además de favorecer la acción de la oxitocina por el incremento de la actividad de sus receptores. En el cuello acrecienta la actividad de las colagenasas que digieren el tejido colágeno y también modifican la síntesis de los glucosaminoglicanos, que edematiza y reblandece el cuello. Este tratamiento es considerado activo no invasivo y de base etiológica (TANIE).

La tendencia moderna en la atención de la fase latente prolongada es acortar el tiempo para su definición, para comenzar la terapéutica precozmente. Recordar que en todas las modalidades de

parto disfuncional, la propia disfunción a medida que se prolonga, conduce a una acumulación de ácido láctico, que establece un estado refractario a la terapéutica y que, por tanto, agrava el pronóstico.⁸⁻¹¹

Algunas categorías de parto

- Fase activa prolongada
- Detención secundaria de la dilatación
- Fallo de descenso
- Prolongación de descenso

Expresiones de diagnóstico clínico disfuncional

Trabajo de parto prolongado
Dilatación estacionaria
Desproporción cefalopélvica
Distocia de tránsito y rotación

Desproporción cefalopélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

Su diagnóstico es determinante, dado que indica la realización de un parto por cesárea. Siguiendo los objetivos de esta exposición se impone dejar clara la importancia de la prueba de trabajo de parto para la definición de este diagnóstico, valorando lo siguiente:

1. Las distocias del parto condicionan un tercio de las cesáreas y ocurren preponderantemente en presentaciones cefálicas y fetos de tamaño normal, Se ha comprobado que la mayoría de los niños nacidos por vía abdominal a causa de desproporción cefalopélvica, son de tamaño normal en una pelvis materna normal.³
2. Alrededor de 70 % de las mujeres que han sido operadas con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, pueden parir exitosamente por vía vaginal su siguiente hijo.
3. Es célebre la frase: "Cuántas veces pensamos que una mujer pare y no pare y viceversa: cuántas veces al pensar que no pare, nos sorprende un nacimiento".

Por estos elementos debe darse el valor necesario al conocimiento de la fisiología del parto, al uso del partograma y a la ejecución de la prueba de trabajo de parto.

Muy variados han sido los criterios para definir la prueba de trabajo de parto, a saber:

- Definición de la prueba de trabajo de parto hasta 16 horas (Benson)
- Producción de 50 contracciones para lograr el encajamiento de la presentación (Marthius)
- Prueba de trabajo de parto de 4 horas (Dexeus)
- Prueba de trabajo de parto de 6 horas (Manual de procedimientos del Ministerio de Salud Pública de Cuba)¹²⁻¹⁵

Entre otros criterios de diagnósticos actuales para su definición, figuran:

1. Ausencia de progreso de la dilatación cervical durante 3 a 4 horas y observación de 2 horas al menos con buena dinámica uterina y compromiso del descenso
2. Detención del descenso en 2 horas de observación con una hora al menos de buena dinámica uterina

➤ Criterios clínicos de diagnósticos de desproporción cefalopélvica con patrones de comportamiento definido por algunos autores:

A) Patrón de Marthius (40 %)

- Fase activa prolongada
- Detención secundaria de la dilatación
- Compromiso del descenso

B) Patrón de Marruz (60 %)

- Desaceleración prolongada
- Compromiso del descenso

➤ Partograma

Existen más de 200 partogramas en el mundo, cuya utilidad para el seguimiento adecuado de las alteraciones del trabajo de parto ha quedado demostrada; es por ello incuestionable su valor para el diagnóstico de las distocias del trabajo de parto. Teniendo en cuenta el seguimiento graficado de este último, con este método se transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva y se asegura un diagnóstico precoz, aun con mayor certeza si se trabaja con las líneas de alerta y acción.

El partograma es un recurso práctico indispensable para evaluar el progreso del trabajo de parto y debe ser incluido como tecnología apropiada en la historia clínica obstétrica, además de constituir un respaldo legal.

Ventajas

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatales y deviene un sistema de alarma precoz.
2. Evita el trabajo de parto prolongado y sus consecuencias.
3. Es capaz de explicar bajas proporciones de cesáreas en algunos medios, así como la reducción de intervencionismo.
4. En el seguimiento del trabajo de parto en pacientes con cicatriz uterina, es un predictor precoz de rotura uterina.
5. Facilita archivar y computar estadísticamente los datos.
6. Constituye un método universal para la comunicación del personal médico.

Resultados del partograma en 1990 en más de 35 000 pacientes: primera prueba clínica a gran escala

1. Disminuye el uso de oxitocina en 59 %.
2. Decece el trabajo de parto mayor de 18 horas en 49 %.
3. Previene la ejecución de cesárea por sospecha de desproporción cefalopélvica en 75 %.
4. Evita el empleo del fórceps en 30 %.
5. La sepsis posparto se disminuye en un 73%.....

En un segundo estudio multicéntrico en 1994, Sourverbielle *et al*^{13, 16, 17} demostraron que el uso del partograma disminuyó los siguientes parámetros:

1. Trabajo de parto prolongado (de 6,4 a 3,4)
2. Número de intervenciones (de 20,7 a 9,1)
3. Operación cesárea de urgencia (de 9,9 a 8,1)
4. Cesárea en embarazos simples sin factores de riesgos (de 6,2 a 4,5)

Atención activa del trabajo de parto (AATP)

Este es un protocolo surgido en el Hospital Nacional de Maternidad en Irlanda, iniciado por Kieran O'Driscoll y que se ha sistematizado en Europa y algunos estados de Estados Unidos de Norteamérica, por lo cual decidimos comentarlo aunque no es una práctica común en nuestro medio.

El objetivo fundamental de la AATP es prevenir el trabajo de parto prolongado. El método garantiza que las mujeres incluidas en el protocolo, paran en las primeras 12 horas de iniciado el trabajo de parto, debiendo tener al ingreso borramiento completo del cuello y una dilatación mínima de 2 ó 3 centímetros y solo se aplicará a las nulíparas; después del ingreso, en trabajo de parto se indica amniotomía y se asigna a cada paciente el cuidado personalizado de una enfermera, que permanece durante todo el trabajo de parto, considerándose una característica distintiva del procedimiento.

Si la paciente no tiene un progreso adecuado del trabajo de parto, se inicia la administración de oxitocina con dosis de 6 miliunidades por minuto hasta aumentar a 6 de estas cada 15 minutos y se solicita al obstetra que solo intervenga cuando haya necesidad de parto instrumentado o cesárea.

Con la AATP, en el *National Maternity Hospital* se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Los índices de cesáreas por distocia fueron menores de 10 %.
2. La oxitocina se utilizó en 50 % de las nulíparas.
3. El parto se produjo en menos de 12 horas en 98 % de las pacientes.

En un metaanálisis recientemente efectuado se demuestra cómo se reduce el índice de cesárea en 25 a 50 %; mientras que en otros trabajos se señala una disminución del índice de cesáreas por distocia en alrededor de 34 %.^{18 - 20}

Cesárea previa

La práctica de parto transpélvico en pacientes con cesárea previa es cada vez más común, dado que esta conducta reduce los riesgos de la cesárea iterada, siempre que se trabaje teniendo en cuenta diferentes criterios de selección. En ese sentido creemos necesario el desarrollo de protocolos que permitan introducir esta práctica en los próximos años, dada la necesidad de compararnos con otros países en términos de cesárea global. Esta es la indicación de cesárea que ocupa el primer lugar en casi todas las estadísticas internacionales y tiene además influencia en las características de las prácticas obstétricas, pues el índice de cesárea primitiva de un servicio influirá en el indicador de iterada en el futuro, si no se permite el parto transpélvico. Téngase en cuenta además que 70 % de las cesáreas primitivas se realizan en nulíparas, lo que compromete aún más el indicador antes mencionado.

Fue Edward Craige quien acuñó en 1916 la frase “una vez cesárea siempre cesárea”, pero cuando se hizo este pronunciamiento había razones para ese postulado, pues las cesáreas de la época se realizaban en el cuerpo uterino (cesárea clásica) y predisponían a la rotura del útero. En nuestros tiempos, con la sistematización de la cesárea en el segmento inferior y predominantemente con incisiones transversas y arciformes, esta aseveración pierde vigencia.

El éxito del parto transpélvico en cesárea previa se ha señalado en 85 % para quienes no hayan parido por vía transpélvica y en 98 % para quienes han tenido parto vaginal; pero hay informes de hasta 77 % de partos vaginales en pacientes con 2 ó más cesáreas previas.¹

Estudios recientes controlados señalan que la realización de una prueba de parto a pacientes con cesárea previa ha permitido incrementar los nacimientos por vía vaginal con mínimas complicaciones y un rango aceptado para dehiscencia de cicatriz de 0,45 a 0,6 %.

Se decidirá la ejecución de una prueba de parto en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades del segundo y tercer niveles de atención, con personal capacitado para enfrentar competentemente cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para la prueba de parto en mujeres con cesárea previa

- Antecedentes de 2 ó más cesáreas previas segmentarias arciformes
- Antecedente de cesárea previa corpórea o segmentocorpórea
- Antecedentes de cesárea previa reciente (antes de 6 meses)
- Antecedente de rotura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente (evaluar la presencia de macrosomía fetal o desproporción cefalopélvica, o ambas)

Indicaciones

- El flujograma de atención a paciente con cesárea previa debe incluir la indicación del acto quirúrgico.
- La vigilancia estrecha del trabajo de parto exige el monitoreo electrónico y uso del partograma.
- La presencia de cicatriz uterina no es una contraindicación para el empleo de oxitocina; pero en quienes está indicado, deberá ser la regla el uso de bomba de infusión. La administración de misoprostol para este fin deviene una práctica no recomendada.
- La presencia de cicatriz uterina no constituye un factor que condicione una evolución diferente de los tiempos de fase activa.
- La analgesia y anestesia se utilizarán según lo establecido y el criterio del médico de asistencia.
- La prueba de parto deberá cumplir con todos los requisitos, así como no exceder de 3 horas para una dilatación estacionaria y de una para la detención del descenso.
- El uso profiláctico del fórceps en el segundo período es actualmente controvertido.³

Referencias bibliográficas

1. Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. México, DF: Dirección General de Salud Reproductiva, 2001:14-35.
2. Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm> [consulta: 12 marzo 2007].
3. Cunningham G, Leveno KL, Bloom SL. Williams. Obstetrics. Labor and delivery. 22 ed. New York: McGraw Hill, 2005: 215-405.
4. Szczeni W, Kjolled M, Karlsson B, Nielsen S. Birshop score and the outcome of labor induction with misoprostol. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85: 579-62.
5. Gharoro ED, Enabudoso EJ. Labour management: an appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. J Obstet Gynaecol 2006; 26(&):534-7.
6. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Material and neonatal outcomes after prolonged latent phase. Obstet Gynecol 1993; 81 (4): 486-91.
7. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risk associated with prolonged latent phase of labour. J Obstet Gynecol 2002; 22 (1):16-9.
8. Greulich B, Tarran B. The latent phase of labor. Diagnosis and management. J Midwifery Women's Health 2007; 52(3):190-8.
9. Nápoles MD. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. Rev Cubana Obstet Gynecol 2006; 32(2) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200005&lng=es&nrm=iso&tng=es> [consulta: 12 marzo 2007].
10. Mathews JE, Rajaratnam A, George A, Mathai M. Comparison of two world organization partographs. Int J Gynaecol Obstet 2007; 96(2): 147-50.
11. Nápoles Méndez D. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto [conferencia en línea]. MEDISAN 2005;9 (2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm> [consulta: 18 enero 2007].
12. Ralph C. Benson FK. Distocias. En: Benson FK. Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos. 4 ed. México, DF: El Manual Moderno, 1986: 916-37.
13. Valdés Ramírez MA. Distocia. <www.umm.edu/pregnancy-spanish/labor-delivery/FAQS/LabFAQ.htm.2004> [consulta: 18 enero 2007].
14. Carrera Macía JM. Distocia por fase latente prolongada. En: Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus. 2 ed. Barcelona: Salvat, 1998: 288.
15. Chabra S, Sukanya P, Duryodhan M. Trends of caesarean sections for failure to progress: Indian rural experience. J Obstet Gynaecol 2005; 25(6): 575-8.
16. Evaluación del trabajo de parto y parto. <www.cedip.cl/Guias/guia_2003> [consulta: 12 marzo 2007].
17. Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2003: 42-4.
18. Sokol ML, Peacenan AM. Active management of labor on obstetrics and gynecology. Clin North Am 1999; 26 (2): 287-94.
19. Bolnick IM, Velázquez MD, González JL. Randomized trial between two active labor management protocols in the presence of an unfavorable cervix. Am J Obstet Gynecol 2004;190(1):124-8.
20. Dudley DJ. Complicaciones del trabajo de parto. En: Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología. 9 ed. México, DF: Mc Graw Hill, 2003: 589-618.

Dr. Danilo Nápoles Méndez. Lico Bergues nr 13 entre Barnada y Paraíso, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: danilon@medired.scu.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar Hospital Ginecoobstétrico Sur "Mariana Grajales"**

Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Nápoles Méndez D. Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2007;11(3). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm> [consulta: fecha de acceso].