

# Manejo de distocias en la atención del parto

LUIS JAVIER CASTRO NARANJO

---

MD. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia  
Docente vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia  
Grupo de Perinatología, Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Ex – decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

El tema de las distocias es difícil de tratar en pocas páginas, no obstante, se constituye en un gran reto por lo que es necesario contar con ciertas licencias y salirnos un poco del formato de los distintos autores para cumplir con los objetivos propuestos y, al final, contribuir con un granito de arena a mejorar la salud de las madres y los recién nacidos en nuestra ciudad, el departamento y el país.

Hay historias plasmadas en la literatura médica que nos asombran por las graves consecuencias que sobre la salud de las mujeres y los niños han tenido las acciones que adelantamos los miembros de los equipos de salud o las personas a las cuales se les ha delegado la atención del parto en los diferentes países del mundo.

Philip Steer afirma que a menudo olvidamos que hace menos de 100 años la mortalidad materna en los países desarrollados era similar a la que presenta la India hoy, alrededor de una muerte materna por cada 250 embarazos. La historia británica está llena de trabajos de parto desastrosos, como el de la princesa



Charlotte en 1817. Su parto duró dos días y resultó en un mortinato de sexo masculino; la madre murió al día siguiente y el obstetra se suicidó al poco tiempo. Aún en el Hospital Reina Charlotte (Londres, Gran Bretaña), en la década de los años cuarenta, las madres morían después de estar en trabajo de parto durante 5 o 6 días. Había también altas tasas de mortalidad perinatal; un bebé de cada 15 no sobrevivía al nacimiento alrededor de los años 30.

### DEFINICIÓN

La distocia es definida como un parto o un nacimiento difícil. El término desproporción cefalopélvica ha sido usado para describir una disparidad entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza fetal que impide el parto vaginal.

La distocia, o el pobre progreso del trabajo de parto, es la causa más común de la operación cesárea en las pacientes nulíparas.

### GENERALIDADES

Las anomalías del primer período del parto complican entre el 8 y el 10% de todos los nacimientos en cefálica. Seis millones de mujeres en el mundo presentan un parto obstruido cada año y esto explica el 8% de la mortalidad materna (42.000 muertes).

La distocia, o parto difícil, contribuye por lo menos con la tercera parte de las cesáreas y la cesárea en precesareadas contribuye con otra tercera parte. Esto ha llevado a que se acuñe la idea de que el trabajo de parto normal es un diagnóstico retrospectivo. Sin embargo, deben recordarse otras como éstas: el mejor pelvómetro es el trabajo de parto, la estrechez pélvica es una rareza; con pocas excepciones la pelvis no es el factor que limita el parto en un feto con presentación cefálica.

La causa más común de malposición fetal es la occipitoposterior, la cual se asocia con prolongación del segundo período del parto. De otro lado, el parto en presentación de frente no es posible a menos que sea muy prematuro o rote a una presentación de cara o un vértice. Las presentaciones de cara y de frente se presentan respectivamente en uno de cada 500 y 1.500 partos.

Se ha calculado que la incidencia de distocia de hombros en el parto vaginal es de 0,6% y en el 48% de los casos se presenta en bebés que pesan



menos de cuatro kilogramos. Sin embargo, el daño del plexo braquial complica entre el 4 y el 16% de estos partos. Las consecuencias potenciales a largo plazo incluyen daño permanente del plexo braquial, fracturas óseas, daño cerebral hipóxico y muerte neonatal. Hay que tener en cuenta que el 39% de las lesiones del plexo braquial ocurren en el hombro posterior y no se relacionan con negligencia o mala práctica.

#### FACTORES PREDISPONENTES

- Son multifactoriales y están íntimamente relacionados con el canal del parto, el feto, las fuerzas de la expulsión o una combinación de estos factores
- Desde el punto de vista fetal se destacan las malformaciones congénitas, como la hidrocefalia y la anencefalia, la macrosomía y las malpresentaciones.
- Obstrucciones del canal del parto, como los miomas en el segmento uterino, el carcinoma de cérvix invasor y los diferentes procedimientos y situaciones clínicas que provocan estenosis a nivel cervical, entre los que se incluyen la conización, la electrofulguración, la crioterapia y la cirugía con radiofrecuencia.
- La pelvis estrecha, aunque rara, puede relacionarse con los tipos platipeloide, androide o antropoide, y en particular con raquitismo, enanismo condrodistrófico, pelvis cifóticas, escolióticas, exostosis y neoplasias óseas.
- La edad materna avanzada. El primer embarazo después de los 30 años, ha sido identificado como causa de distocias.
- Talla baja, primiparidad, gran multiparidad, abdomen péndulo, relajación del piso pélvico, cicatrices uterinas.
- Adolescencia, embarazo no deseado, acceso carnal violento, madre soltera, falta de apoyo psicosocial y económico.
- Ausencia de control prenatal, control tardío o de mala calidad.
- Falta de preparación para el parto y de educación a la materna y su grupo familiar.
- Inadecuado acompañamiento en el trabajo de parto, que se traduce en deshidratación, falta de alimentos, vigilia prolongada, cansancio, ansiedad y, finalmente, agotamiento materno.



## CLASIFICACIÓN

En la clasificación internacional de las enfermedades -CIE 10- aparece un gran número de distocias con sus correspondientes códigos, que se transcriben a continuación. El tipo de distocia sugiere el tratamiento a seguir, que puede ser un simple cambio de posición materna, una adecuada hidratación, el uso de oxitócicos y, en ocasiones, como única salida el parto por vía abdominal.

- 061 - Fracaso de la inducción del trabajo de parto
- 061.0 - Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto
- 061.1 - Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto
- 061.8 - Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto
- 061.9 - Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto
- 062 - Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto
- 062.0 - Contracciones primarias inadecuadas
- 062.1 - Inercia uterina secundaria
- 062.2 - Otras inercias uterinas
- 062.3 - Trabajo de parto prematuro
- 062.4 - Contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas
- 062.8 - Otras anomalías dinámicas del trabajo de parto
- 062.9 - Anomalías dinámicas del trabajo de parto, no especificadas
- 063 - Trabajo de parto prolongado
- 063.0 - Prolongación del primer período (del TdeP)
- 063.1 - Prolongación del segundo período (del TdeP)
- 063.2 - Retraso de la expulsión del segundo gemelo, del tercero, etc.
- 063.9 - Trabajo de parto prolongado no especificado
- 064 - Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto
- 064.0 - Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal
- 064.1 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación de nalgas
- 064.2 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación de cara



- 064.3 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación de frente
- 064.4 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación de hombro
- 064.5 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación compuesta
- 064.8 - Trabajo de parto obstruido debido a otras presentaciones anormales del feto.
- 064.9 - Trabajo de parto obstruido debido a presentación anormal del feto, no especificada.
- 065 - Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna
- 065.0 - Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis
- 065.1 - Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general de la pelvis
- 065.2 - Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho superior de la pelvis
- 065.3 - Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho inferior de la pelvis
- 065.4 - Trabajo de parto obstruido debido a desproporción feto pelviana, sin otra especificación
- 065.5 - Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de los órganos pelvianos maternos
- 065.8 - Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías pelvianas maternas
- 065.9 - Trabajo de parto obstruido debido a anomalías pelvianas no especificadas
- 066 - Otras obstrucciones del trabajo de parto
- 066.0 - Trabajo de parto obstruido debido a distocia de hombros
- 066.1 - Trabajo de parto obstruido debido a distocia gemelar
- 066.2 - Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande
- 066.3 - Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías del feto
- 066.4 - Fracaso de la prueba de trabajo de parto, no especificada
- 066.5 - Fracaso no especificado de la aplicación de fórceps o de la ventosa obstétrica



- 066.8 - Otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto
- O66.9 - Trabajo de parto obstruido, sin otra especificación

## RECOMENDACIONES

- Realizar en las consultas preconcepcional y prenatal actividades de promoción y prevención para disminuir la ansiedad en el trabajo de parto y el parto.
- Llevar a cabo las acciones educativas necesarias para obtener un niño y una mamá sanos al final de la gestación.
- Ofrecer el acompañamiento apropiado a todas las gestantes durante el trabajo de parto y el parto, facilitar la alimentación, la apropiada hidratación, el descanso, ofrecer apoyo psicológico para evitar la ansiedad y el miedo e impedir el agotamiento materno
- Mantener una excelente comunicación entre la madre, su familia y el equipo de trabajo
- Realizar oportunamente acciones que ayuden a mejorar el trabajo de parto y permitan evaluar el líquido amniótico, como la amniorrexis y en especial la amniotomía.
- En caso necesario utilizar precozmente la oxitocina, siempre administrándola en bomba de infusión. Así se tratan adecuadamente algunas distocias y se corrigen, en muchos casos, la prolongación del primer y segundo períodos
- Realizar las inducciones con cuellos favorables y muy temprano en la mañana. No hay inducciones fallidas, hay inducciones mal conducidas
- Usar adecuadamente la sedación y la analgesia epidural
- Remisión oportuna para parto abdominal o intervención con fórceps en caso necesario
- Recordar que en fetos en situación transversa, el parto es siempre por cesárea, incluidos los casos de feto muerto
- Las variedades posteriores son más distócicas, y cuando corresponden a presentaciones de cara o pelvis está indicado el parto abdominal
- Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, el parto vaginal en la presentación pélvica, ya no es adecuado para embarazos únicos



- Recuerde siempre que la pelvimetría clínica es suficiente para la valoración de la paciente obstétrica

## CONCLUSIÓN

Debe tenerse la mejor predisposición para atender la paciente obstétrica, la mejor actitud. La obstetricia es acompañamiento, es estar al lado para evitar el daño en la mujer y el recién nacido.

## BIBLIOGRAFÍA

Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. 8ª.ed. México: Tintafresca; 2008

DeCherney A, Nathan L, Goodwin TM, Nauffer N. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 9ª ed. México: Manual Moderno; 2007

Goffman D, Heo H, Pardani S, et al. Improving shoulder dystocia management among resident and attending physicians using simulations. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:294?

James KR, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy, Management options. 3a.ed. EEUU: Saunders; 2006

Mc Ewan A. Problem-based learning in obstetrics. Abnormal labour: an evidence-based approach. *Current Obstet Gynecol* 2001; 11, 245-250

Mukhopadhyay S, Arulkumaran S. Poor progress in labour. *Current Obstet Gynecol* 2002; 12, 1-7

Sandmire HF, DeMott RK. Controversies surrounding the causes of brachial plexus injury. *Int J Gynecol Obstet.* (Artículo en prensa)

Shields SG, Ratcliffe SD, Fontaine P, Leeman L. Dystocia in nulliparous women. *Am Fam Physician* 2007; 75:1671-8

Treacy A, Robson M, O'Herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 760-763.

Wallace S, McEwan A. Problem-based learning in obstetrics-fetal macrosomia. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine.* EEUU: Elsevier; 2007.p 58-61.

Zhu BP, Grigorescu V, Le T Lin M, Copeland G, Barone M, Turabelidze G. et al. Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. *Am J Obstet Gynecol* (2006) 195, 121-8