

LA PRUEBA DE PARTO EN LA OBSTETRICIA ACTUAL*

Dr. A. CABALLERO

I. LA DISTOCIA MECANICA

┌ A vieja y popular creencia de la separación de la sínfisis púbica durante el parto hizo que el concepto de **estenosis pelviana** no se iniciara hasta Vesalio (1543) y se divulgara con Deventer dos sig'os después (1701). Aunque Smellie (1572) mide por vez primera digitalmente el diámetro conjugado diagonal, Michaelis (1815) es el padre de la pelvimetría, comenzando con él la preocupación de los diámetros pelvianos para objetivar tales estenosis.

Selheim (1912) hace comprender el papel de la cabeza fetal en la distocia mecánica, pero es Munro Kerr (1916) el primero que habla de **desproporción pélvico-cefálica**, planteando así el problema del parto con más realidad: "el mejor pelvímetro es la cabeza fetal" dice para con ello desvalorizar el valor pronóstico de los pelvímetros al uso. Sobre un criterio puramente clínico de desproporción pélvico-cefálica se trata así de decidir ante un próximo parto entre la provocación, la cesárea o la expectación, aplicándose estas ideas de Munro Kerr por todo el mundo, especialmente por la Escuela Británica entre los años 1915-1925. En este lapso de tiempo la práctica comprueba la falacidad del diagnóstico clínico de desproporción: casos de provocaciones de parto o de cesáreas previas, tienen después partos vaginales incluso fáciles con fetos de igual y aún de mayor tamaño.

Se aprende así que el paso o no del objeto a través del canal del parto no sólo depende de: 1º La pelvis con su forma y dimensiones; 2º El tamaño fetal referido a la cabeza como sector voluminoso; 3º La confrontación pélvico-cefálica; 4º La configuración o moldeamiento cefálico; 5º La relajación

* Lección a Post-Graduados pronunciada en el IIº Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima 6 - 12 Setiembre 1964.

del cinturón pelviano; y 6º De la dinámica uterina. Se comprende así el problema real de la **desproporción**, no sólo **como un problema** exclusivamente mecánico sino en su verdadera significación **mecánico-funcional**.

He aquí, pues, las tres formas como se ha concebido en el tiempo el problema de la disticia mecánica en el parto: estenosis pélvica, desproporción pélvico-cefálica mecánica y desproporción pélvico-cefálica mecánico-funcional.

En nuestros casos según los caracteres de la pelvis y peso fetal (Tabla 1), las causas de la disticia mecánica se señalan en la Tabla 2.

TABLA 1*

Peso Fetal		Pelvis Osea		
		> 12 cm.	Conjugado "vera"	
< 2,5 Kg.	5	11,0—12,0	" "	18
2,5—2,9 "	74	10,5—10,9	" "	145
3,0—3,4 "	269	10,0—10,4	" "	131
3,5—3,9 "	191	9,5—9,9	" "	117
4,0—4,4 "	113	9,0—9,4	" "	88
4,5—4,9 "	36	8,5—8,9	" "	36
5,0 ó más	5	8,0—8,4	" "	13
		7,5—7,9	" "	6
		7,0	" "	1
Casos	693			Casos 693

TABLA 2*

CAUSA DE LA DESPROPORCION

Tipo de Desproporción		Pelvis	C a u s a	
			Pelvis Feto	Feto
Absoluta	85	54	21	10
Relativa				
Con cesárea	282	130	97	55
Con p. vaginal	326	133	109	84
T o t a l	693	317	227	149

II. FACTORES QUE LA CONDICIONAN Y SUS DIFICULTADES DIAGNOSTICAS

Todos aquellos factores que condicionan la distocia mecánica son de imposible valoración en la gestación, unos por difíciles de mensurar y otros porque sólo juegan durante el parto. Veamos:

La forma y dimensiones de la pelvis, aun siendo el aspecto de más preciso objetivación, es difícil de mensurar.

La pelvimetría externa a interna, la pelvigrafía y pelviseografía, así como la observación del rombo de Michaelis, sólo orientan pero no permiten mensurar con la exactitud precisa a la pelvis.

La radiopelvimetría frontal y sagital, permiten determinar con precisión la forma y dimensiones de la pelvis: para el estrecho superior con un error de $\pm 0,35$ cms. En relación a este estrecho superior que se considera el punta más importante del canal, se ha calculada estadísticamente el % de partos vaginales para cada valor del diámetro ántero-posterior o de transversal (Esch 1948; Lohse 1950; Menguert 1954). Otros calculan estas posibilidades por estos dos diámetros en conjunto según índices diferentes (Allem 1947; Menguert 1954; Thoms 1956; Weimberg 1954). En nuestra experiencia estos cálculos han de hacerse referidos al tipo morfológico de la pelvis que permite un distinto aprovechamiento de estos diámetros considerados.

Por otra parte no sólo es importante el estrecho superior, sino el resto del anillo pelviano. Así, Menguert 1954, sobre 3,772 radiopelvimetrías comprueba la importancia del estrecho medio y su frecuencia como causa de distocia, aunque menor en el caso del estrecho superior. Igualmente Kirchoff, 1949, introduce el concepto de pelvis larga, con no más de un 50-60% de partos espontáneos (Naujoks 1955; Winter 1953), incluso con pelvimetría externa normal.

Para todas los diámetros de la pelvis existen métodos radiológicos de medida (64), mas en todo caso las consideraciones que de estas medidas se deducen, son puramente estadísticas, que orientan pero que no permiten aplicarlos con precisión a cada caso particular (14, 39, 48 y 63).

El tamaño fetal es imposible de precisar incluso con radiografía: obtener el paralelismo del plano de encajamiento cefálico con la placa radiográfica es pura coincidencia y aun así delimitar su nivel para deducir el error de distorsión es pura utopía.

El desarrollo ponderal del feto varía de uno a otro parto, si bien aumenta ligeramente con la multiparidad y con la prolongación de la gestación (Calkins 1948). No parecen influir en él ni la alimentación ni otros factores.

La confrontación fetal al canal es muy importante y depende no sólo de la posición del feto, sino sobre todo del grado de presión de su cabeza. Por ello la mayor incidencia de las variedades de deflexión en los casos de

cesárea por desproporción pélvico-cefálica (Hunt 1951) y que en nuestros casos es del 6,06% frente al 0,34% de ellos encontrado en el total de partos asistidos. Incluso en el grupo total de desproporciones es muy superior (Tabla 3).

TABLA 3ª

PRESENTACION FETAL Y DESPROPORCION

Presentación Fetal	En desproporción General (*)		
	Casos	%	%
Vértice	671	96,83	95,33
Cara	16	2,30	0,27
Frente	6	0,87	0,07

(*) En esta frecuencia general se incluyen todas las presentaciones.

La configuración o moldeamiento de la cabeza fetal al canal es siempre favorable, pero de ella no debe esperarse la resolución del problema, por los peligros que para el feto entraña a no ser que sea mínima. Las estructuras encefálicas son vulnerables a la compresión, respondiendo a ella con hemorragias intracraneales o con una hernia de Penfield, muy frecuentemente epileptógena, entre otras lesiones.

La relajación de las articulaciones pélvicas, especialmente de la sínfisis del pubis, admitida por Hipócrates y objetivada por vez primera por Pineau en 1552, ha sido muy debatida, especialmente a partir de los trabajos de Hisaw y col. 1926, sobre la relaxina. Por modesto tampoco hay que contar mucho con este factor: la separación apreciable de la sínfisis del pubis responde siempre no a una simple relajación, sino a una distensión y rotura traumática de la articulación que quizá en algún caso resolviera la distocia pero que hay que evitar por su carácter patológico.

La dinámica uterina es esencial en la desproporción límite, razón por la que hoy se concibe a ésta en un sentido mecánico-funcional. Su papel en la distocia mecánica es de pura lógica que encuentra su confirmación en: 1º Los casos de partos vaginales después de cesárea por desproporción, y ello con fetos de igual e incluso de mayor tamaño que el que motivó la indicación de cesárea; 2º El mayor número de alteraciones dinámicas en los casos de cesárea por desproporción pélvico-cefálica (Tabla 4), hecha ya señalado por Hunt, 1951; y 3º La mayor incidencia de partos vaginales en estos casos con dirección del mismo (Mayer, 1954; Pigeaud, 1954; Mahon, 1960).

TABLA 4^a

DINAMICA UTERINA Y DESPROPORCION

Tipo de		Tipo de dinámica				
		Normal		Hipo	Hiper	Dis
Desproporción		Casos	%	Cas	Cas	Cas
Absoluta	85	—	—	—	—	—
Relativa						
Con cesárea	282	201	71,2	21	18	42
Con p. vaginal (*)	315	244	80,6	32	19	20

(*) No se incluyen las basiotripsias.

En ocasiones la alteración dinámica depende de la causa de la pelviviación a bien del menor estímulo que la presentación alta ejerce sobre el cuello, pero otras veces es independiente del problema mecánico, siendo la causa de que una desproporción relativa sea insolvable y se afrezca absoluta. Ello sucede especialmente en primíparas con úteros malformadas, cuya vascularización y función mejoraron en ulteriores gestaciones.

En todo caso la contractilidad uterina en el parto es una incógnita durante la gestación imposible de precisar. Nada que no sean las antecedentes de partos anteriores permitirán al clínico hacer un pronóstico de su comportamiento en el próximo parto.

Por todas las dificultades señaladas, sólo en una minoría de casos puede afirmarse en principio la imposibilidad del parto vaginal por una "desproporción absoluta". En el resto de casos que son mayoría se trata de una "desproporción relativa", en donde los errores pronósticos no son menores al 50% (Hunt, 1951; Pigeaud, 1951; Gibberd, 1953), incluso apurando los recursos diagnósticos.

III. LA PRUEBA DE PARTO

A) Concepto

Nuestra incapacidad diagnóstica y lo problemático de la evolución del parto en los casos de desproporción pélvico-cefálica límite, nos impiden determinar a priori la conducta a seguir, ya que aquellos factores de imposible valoración en la gestación sólo pueden ser en efecto confrontados durante el parto. Ello nos obliga a esperar el curso de los acontecimientos tratando así de interrogar a la Naturaleza esperando de ella la respuesta a la incógnita planteada: ello es el llamado parto de prueba o más correctamente la prueba de parto o prueba de trabajo.

Beruti, 1947, insiste en este sentido en la incorrección del primer término. Comparando lo que en aeronáutica se entiende por prueba de vuelo y vuelo de prueba, él considera este intento de parto sinónimo de prueba de parto y sólo el parto vaginal conseguido en una mujer como parto de prueba, que en el futuro servirá de guía y orientación.

El problema es de interés por el doble motivo de su frecuencia y de su finalidad.

La frecuencia con que este problema se plantea **no es menor del 1-2% de todos los partos o entre el 60-90% de todas las desproporciones pélvico-cefálicas** (Hunt, 1951). Así nosotros en 16,090 partos en los años 1957-1961, encontramos 693 desproporciones pélvico-cefálicas en presentaciones cefálicas o un 4,30%, de las que 85 casos se ofrecían absolutas o claras pero las 608 restantes eran probables o dudosas. En 500 de estas últimas hubo de hacerse "prueba de parto" o **un 3,1% de todos los partos** (Tabla 5).

TABLA 5ª

DISTOCIA MECANICA

Distocia Mecánica y su evolución	Tipo de parto				
	Cesárea	Forceps	Esponta	Basiotr	
Desproporción clara	85	81	—	—	4
Desproporción relativa	608				
1º Evitación del parto	11	11	—	—	—
2º Tentativa de parto	597				
Interrumpida por	97				
Peligro fetal	63	63	—	—	—
Interés fetal	6	6	—	—	—
Cicatriz uterina	18	18	—	—	—
Parto lento	7	7	—	—	—
Toxemia	3	3	—	—	—
3º Prueba de parto	500				
a. Insuficiente par	81				
Peligro fetal	41	41	—	—	—
Interés fetal	5	5	—	—	—
Cicatriz uterina	21	21	—	—	—
Parto lento	9	9	—	—	—
Toxemia	5	5	—	—	—
b. Fracaso	104	93	—	—	11
c. Exito	315	—	187	128	—
T o t a l	693	363	187	128	15

Su finalidad es clara: **distinguir entre el parto posible por vía vaginal, de la pelvis infranqueable**, restando así el mayor número de casos a la cesárea abdominal y siempre que este parto vaginal, por las condiciones en que se practique, no entrañe peligro alguno para la madre o para el feto. En efecto, si al principio el objetivo de este "evitar la cesárea" se hacía mirando casi en absoluto a la madre sin preocuparse demasiado por el feto, hoy sin embargo se persigue seguir protegiendo a la madre pero en ninguna forma con riesgo alguno para el feto.

B) **Condiciones**

Desde el comienzo del parto la prueba del mismo se está verificando pero la verdad es que o efectos del encajamiento cefálico sólo podemos juzgar acerca de su posibilidad cuando se cumplen ciertas condiciones no siempre posibles de alcanzar y que definen el período útil de la prueba de parto que es el que corresponde al período expulsivo. Sólo a esta parte del parto es a la que con propiedad podemos llamar **prueba de parto**, reservando si acaso para la etapa anterior con Stander 1945, la denominación de **tentativa de parto**. Ello sería equivalente a lo que los americanos concibieron como **concepto anátomo-funcional y concepto clínico de la prueba de parto** (Baley, 1926): el primero implica la bolsa rota y la dilatación completa o condiciones del período expulsivo y el segundo considera las horas de parto con buena dinámica y las diversas circunstancias materno-fetales en relación a la progresión del parto.

Así, pues, la auténtica prueba de parto requiere **como condiciones: bolsa rota, dilatación completa y buena dinámica uterina**.

La rotura de la bolsa se impone ya que su presencia dificulta el descenso e impide la configuración de la cabeza fetal. Esta condición siempre se cumple, ya porque en estos casos la rotura es generalmente prematura o precoz, ya porque la omniorrexis artificial resuelve fácilmente el problema.

La dilatación completa marca el comienzo del período expulsivo, con incremento de la contractilidad uterina que tiene entonces como único objetivo descender la presentación. Muchas veces, sin embargo, no es posible alcanzarla por la rotura muy anticipada de la bolsa, por la compresión y edema de cuello y sobre todo por la dinámica alterada, caso de no concurrir con anterioridad alguna circunstancia que obligue a concluir el parto. En nuestros 597 casos con tentativa de parto sólo en 500 pudo conseguirse una dilatación superior a 8 cms. a partir de la cual puede empezarse a juzgar acerca de las posibilidades de encajamiento.

La buena dinámica es imprescindible y ello es lógico: en ningún caso como aquí en que las resistencias estén aumentadas, se hace necesario para

cumplir su objetivo. Su alteración es una de las causas más frecuentes del fallo de la prueba (Hunt, 1951) y su corrección una de las razones del éxito (Mayer, 1956).

C) Inconvenientes y peligros

La expectación que la prueba de parto supone y por las particularidades que la evolución de estos casos ofrecen, tiene sus inconvenientes y peligros. Su posibilidad obliga a conocerlos para evitarlos y en ciertos casos restringen la indicación de la prueba, pero jamás pueden hacernos desistir de este valioso recurso clínico.

1º Por parte de la madre hay que contar con la amenaza de infección, de distocias dinámicas o incluso de la rotura uterina y de la sínfisis del pubis.

La infección está condicionada por la rotura de bolsa frecuentemente prematura o precoz, por la prolongación excesiva del parto y por la práctica reiterada de tactos especialmente vaginales. Ello ensombrece el pronóstico de la cesárea posible ulterior.

Las distocias dinámicas no sólo pueden anular la eficacia de la prueba sino que representan un peligro potencial. La hipodinamia alargando peligrosamente el parto. La hiperdinamia favoreciendo una rotura uterina. La disdinamia haciendo inefectiva la acción uterina entorpeciendo el parto.

La rotura uterina puede ser el epílogo de una dinámica excesiva o continuada que no logra descender al móvil, estando en ocasiones favorecida por una cicatriz anterior. También puede ocurrir una diástasis del pubis.

2º Para el feto la prueba de parto tampoco es totalmente inocua, pesando sobre la posibilidad de un sufrimiento o una infección.

El sufrimiento motivado por las alteraciones dinámicas señaladas, por la configuración excesiva de la cabeza fetal como exageración del "efecto Gaus" e incluso por la eventualidad de una prociencia funicular favorecida por la incompleta adaptación de la cabeza fetal al estrecho superior.

La infección amniótica es la consecuencia de la infección materna ascendente ya comentada y a su vez origen de la infección fetal. La rotura de la bolsa es un elemento predisponente fundamental, pero la integridad de las membranas no es una garantía absoluta (Blanc, 1959): la abertura del cuello y el contacto directo con el medio vaginal justifican la infección de la cavidad.

D) Su práctica

Por el carácter distócico de estos partos, ellos exigen **la asistencia en una clínica y la presencia del obstetra para su vigilancia y dirección**. Tal dirección implica dos objetivos: 1º Procurar la eficacia de la prueba, y 2º Evitar sus peligros.

1º Eficacia de la prueba

Cierto que la prueba de parto es en esencia un preguntar a la Naturaleza observando sus propios recursos, pero en algunos casos y precisamente cuando aquéllos no son ideales, debemos de ayudarla e incluso corregirla por distintos artificios. Es la **prueba de parto dirigida**, que además de hacerla más breve y eficaz y precisamente por ello la hace también más inocua.

La primera premisa de una correcta prueba de parto es apurar la exploración clínica complementada por radiopelvimetría. Ella, aunque en el caso particular no nos da la solución exacta (por ello la prueba de parto), sí nos permite enjuiciar estadísticamente las posibilidades del parto vaginal y orientarnos acerca de la conducta mejor a seguir.

Desde el principio del parto hay que **mantener una correcta dinámica**, como el aspecto más importante a conseguir.

Los espasmolíticos se han recomendado para la corrección de hiper y disdinamias y facilitar la dilatación cervical. En la hiperdinamia los más eficaces son la dolantina-promacina, el sulfato de magnesio y la isoxsuprine. En los disdinamias se preconiza la dolantina como el mejor para corregir incoordinaciones (Rouchy y Breil, 1954), si bien son muchos los que no aceptan este efecto (Jeffcoate, 1961), de forma clara.

Los occitócicas por su mayor peligro y más difícil manejo en estos casos eran proscritos o muy discutidos: sólo podían recomendarse la quinina, la ergabasino oral o la pituitrina en inyección fraccionado y ello con extrema cautela y personal vigilancia. Hoy, sin embargo, se preconiza y practica el goteo de occitocina y como un complemento decisivo en algunos casos (Meyer, 1954; Pigeaud, 1954; Roberts y col., 1958; Mahon, 1960). Se entiende que con el fin de corregir una hipodinamia, pero de ningún modo para forzar a toda costa un obstáculo. De interés resulta la dilución del goteo (3 U.V. en 500 cc. de suero), para su mejor control y ello por su mayor peligro y más frecuentes hipertonías o disdinamias reaccionales en estos casos. En nuestras 597 casos se recurrió a la infusión venosa "gata a gota" en 89 casos o un 14,9% siendo la frecuencia general de este proceder en la clínica del 10% aproximadamente: en 26 casos aun diluida hubo de retirarse. Algunos autores (Mahon, 1960), preconizan dosis mayores (10 U.V. en 500 cc. a razón inicial de

15 gotas/minuto), que nos parecen excesivas y que quizá sea la razón de cierta mortalidad señalada en estos casos.

En cualquier caso el goteo abrevia la prueba que no ha de ser mayor de una hora después de la dilatación completa.

La amniorrexis artificial si la bolsa está íntegra a la dilatación de 6 cms. en primíparas o de 5 cms. en múltiparas, está justificada para alcanzar más rápidamente el período útil de la prueba y evitar mejor el prolapso de cordón. Beruti y León, 1935, comprobaron las ventajas de esta rotura de bolsa en la prueba de parto. Con criterio más radical, la Escuela de Estrasburgo aplica en estos casos el "parto médico" con rotura más precoz (Kreis y Kulikowska, 1928), afirmando la mayor rapidez de la prueba (máximo 10 horas), sin mayor número de intervenciones y riesgos maternos y fetales. Aun partidarios de la amniorrexis no compartimos este radicalismo.

La posición de Walcher de los alemanes o **de Croizat** de los franceses, ha sido reivindicada en estos casos para aumentar el diámetro antero-posterior de la pelvis (1 cm. para sus autores; 0,5 cms. para Tarnier, Bannaire, Recasens) y obtener una inclinación más favorable al encajamiento.

Ultimamente con estudios radiográficos de valor no se ha confirmado este aumento (Young, 1940; Brill y col., 1941; Rosa, 1948), y sólo la inclinación de la pelvis pero con signa desfavorable, facilitando el asinclitismo posterior de Litzman. Sólo útil, pues sí corrige una inclinación inicial desfavorable, razón por la que apenas si se emplea en la actualidad.

El **Vacuum Extractor** puede tener en estos casos una indicación generalmente muy aceptada (Bergman y Malmström, 1961; Dexeus y col., 1961; Evenbauer, 1961; Meinrenken y col., 1957; Müller y col., 1960; Walter, 1959), si bien algunos limitan mucho su empleo (Chang, 1958; Dexeus y col., 1961) o incluso lo proscriben (Agüero y col., 1962; Bedoya, 1962; Bret, 1962).

Para nosotros el V.E. de "prueba" cuenta, pero limitado a casos en que la falta de encajamiento cefálico lo atribuimos más que al problema mecánico a una alteración dinámica que no resolvemos con el goteo (hipodinamias rebeldes, disdinamias). En todo caso se impone la prudencia: en nuestro criterio no más de 5 a 6 tracciones, desistiendo ante el primer escape. El "V.E. de prueba", hay que entenderlo como un intento inocuo y no como una prueba de fuerza. El límite establecido se refiere al encajamiento, ya que si éste se consigue no hay inconveniente en continuar hasta límites prudentes.

2º El segundo objetivo de la prueba de parto es evitar sus peligros

La profilaxis de la infección se cumple conservando la bolsa inicialmente, vigilando y reduciendo las exploraciones internas y sobre toda abreviando la duración del parto. Los quimioterápicos y antibióticos pueden utilizarse en caso de precisión.

La dirección del parto señalada previene o corrige las distocias dinámicas. La vigilancia del mismo evitará la rotura uterina o la diastasis pubiana.

El feto exige continuo y personal vigilancia para advertir el primer signo de sufrimiento: indirectamente observando la dinámica uterina en relación al tono y o la frecuencia contractil, y directamente por la auscultación fetal en o inmediatamente después de la contracción para comprobar la repercusión de la dinámica uterina sobre el corazón fetal (Coldeyro Barcia y col. 1958). Ante el menor signo de sufrimiento se impone la oxigenoterapia, sin perjuicio de corregir la contractilidad uterina si procede.

Pero acaso el punto más importante en esta profilaxis de peligros y complicaciones sea la

3º Duración de la prueba

Apresurarse o interrumpirla significa privar al caso de un posible parto vaginal; prolongarla indebidamente es hacer correr a la madre y al feto los peligros señalados. Los límites aconsejados son muy variados, por sí mismos y por los diferentes puntos de referencia que para ello se toman.

Clásicamente se establecía a las 8 horas de la amniorrhexis o hasta las 4 a 6 después de logradas las condiciones ideales especialmente la dilatación completa. Algunos autores como Frey y Walthard 1928; Erns 1930, han pretendida fijar un número de contracciones: "todo parto que no progresa en 100 contracciones justifica la intervención" dice este último. Pigeaud dice que toda debe decidirse con 10 a 11 horas de buena dinámica. Lo importante es valorar el avance conseguido en el tiempo transcurrido. En todo caso antes la preocupación del tiempo estaba condicionada al peligro de infección, hay menor, y por ello el límite se fijaba más desde la rotura de bolsa que desde el comienzo real de la prueba. Hoy se valora más en relación a la integridad fetal y de ahí que pese a todo, el factor tiempo continúa vigente en su valor.

En este sentido no se trata de reglas sino de intuición clínica, no de un cálculo matemático sino de la apreciación de los elementos pronósticos previos y de la evolución del caso. Por estas razones creemos que **mejor que hablar de duración de la prueba es decir cuándo debemos interrumpirla: en síntesis, cuando todo haga pensar en su inutilidad o en su peligro.**

a) Cuando con una buena dinámica espontánea o inducida y con una dilatación completa no se ha verificado el encajamiento en una o dos horas. Igualmente si con esta dinámica normal y en estados anteriores de dilatación el parto no progresa.

b) Aun antes de alcanzar estos límites, podemos vernos obligados a interrumpir la prueba en alguna de las siguientes condiciones. Sufrimiento fetal que no cede a la oxigenoterapia y que se prolonga o hace permanente y gravemente amenazante. Agotamiento materno, por un período laborioso anterior, si bien en el parto dirigido esta razón resulta excepcional. Hipertonias u otras disdinamias de incoordinación que no ceden a la medicación conveniente.

En todo caso deben de jugar además muchos factores como la edad, la fertilidad previa, el estado de las partes blandas, así como otros aspectos obstétricos, médicos y sociales.

Ante estas razones hay que recurrir a la cesárea, más aún así no todo se ha perdido. La prueba de parto correctamente llevada con la formación y adelgazamiento del segmento inferior facilita la técnica sin empeorar los resultados de la intervención. Bloxtom, 1953, observa en los niños pero desarrollo en las cesáreas sin prueba de trabajo.

La **sinfisioterapia o pubiotomía** también han sido preconizadas en estos casos incluso en la actualidad y entre nosotros (García Triviño, 1955; Bedoyo, 1961). Precisamente la desaprobación límite con fracaso de la prueba de parto es su indicación, que resulta racional, natural y científica (García Triviño, 1955), pero con excepciones, no es aceptada en competencia con la cesárea por sus dificultades y peligros, debidos en parte a la menor experiencia.

E) Resultados

Las cifras de cesáreas que expresan los fracasos de la prueba, oscilan entre un 25 y un 50% de casos, reduciéndose en estos últimos años con la dirección más activa del parto y ello pese a ser más exigentes en su duración y en la salvaguarda de los intereses fetales, lo que se refleja en una menor morbi-mortalidad.

Los motivos de estas cesáreas varían según las estadísticas, en relación al material de enfermas considerado y sobre todo al tiempo a que se refieran, ya que la mejor dirección del parto disminuyendo los "puros fracasos", altera la relación porcentual del tipo de indicación (Tabla 6).

TABLA 6ª
FRACASO DE LA PRUEBA

Motivo de la cesárea	Desproporción probada	Razón materna	Razón fetal
Gibberd 1953	61,0 %	24,0 %	14,0%
Nosotros 1964	56,0 %	19,0 %	24,8%

En los casos en que la cabeza fetal consigue encajarse, la evolución ulterior puede ser normal y por lo tanto espontánea en algunos casos, si bien aun en ellos deberíamos ser generosos con el forceps bajo o con el V.E., para aliviar al útero de su esfuerzo anterior (Pigeaud 1954).

Muy frecuentemente, sin embargo, esta evolución es distócica. Unas veces sucede que la distocia mecánica persiste, aunque sea con menor importancia, en planos inferiores. Otras veces esta distocia ulterior es la hipoteca gracias a la cual tuvo lugar el encajamiento (anomalías de posición, hipodinamias secundarias). Tales casos hay que resolverlos con el forceps o con el V.E., pero ya cumplidas las condiciones propias de la vía vaginal.

Por el trauma del parto, por la anoxia o por la infección, en estos casos la prueba del parto implica **un riesgo fetal**, mínimo cuando se practica en la forma considerada, pero importante si se prescinde de aquellas consideraciones. Por ello la mortalidad fetal que hace años oscilaba entre el 15-20% (Peckhan y col., 1934, un 19,23% bruta y un 13,56% corregida), hoy se ha reducido entre el 2-3% (Lepage 1,56%; Mahon 2,20%; Hunt 2,30%; Mac Clure 2,47%; Mayer 2,80%), como cifras corregidas. Nosotros por el carácter de nuestras mujeres (sóla 374 de ellas fueron asistidas desde el principio del parto por nosotros, o un 52,64%), tuvimos un 6,36% de mortalidad bruta y un 3,51% de corregida (Tabla 7).

TABLA 7*

MORTALIDAD FETAL

Tipo de partos	Muertes fetales		
	Casos	Casos	%
Cesáreas	267	9	3,37
Forceps	187	11	5,88
P. espontáneo	128	3	2,34
Basiotripsia	15	15	100,00
Total	597	38	6,36

La morbilidad más difícil de precisar camina paralela a la mortalidad: de nuestros 597 niños, 96 precisaron reanimación y 68 pasaron al Departamento Pediátrico. Llamamos la atención la posibilidad de una hernia incisional de Penfiel asintomática a no ser por el E.E.G. y muy frecuentemente epileptógena que hemos podido comprobar aun cuando por no tener E.E.G. sistemático no podemos señalar su frecuencia.

La mortalidad materna hace años alcanzaba cifras respetables (Peckham y col. 1,36%), si bien la prueba evitaba mayores pérdidas de recurrir a la vía alta. Hoy en muchas estadísticas no se cita. Nosotros contamos con 5 casos (0,72%), cuatro por peritonitis (uno en eclampsia con eventración laparatómica) y uno por edema agudo de pulmón (9 para con partos anteriores vaginales a la que hubo que hacer cesárea).

F) **Contraindicaciones**

En atención a sus peligros y aun considerando sólo su indicación en desproporciones límites, con las condiciones señaladas y la metódica y vigilancia descritas, existen algunas **circunstancias que son una contraindicación para la prueba de parto**, o al menos aconsejan realizarla en forma muy especial. Tales:

1º **Intercurrencia de cualquier otra patología**, que aunque de forma relativa sea indicación de cesárea. Se incluye aquí a la primípara añosa, mucho más si cuenta con esterilidad previa, con gran interés fetal y en la que sus ansias maternos deben de ser amparadas en vísperas de su definitivo ocaso sexual.

2º **Partos anteriores con feto muerto**, sin que ello nos exima de investigar la causa de los muertos anteriores, muchas veces vinculada a una desproporción límite que se venció con una extraordinaria dinámica y que por inaparente puede dar lugar a confusión.

3º **Cesáreas anteriores**. La cesárea corporal clásica por el frecuente peligro de rotura contraindicaba la prueba de parto, más con la técnica segmentaria el caso es bien distinto. Todo dependerá de: a) Tipo probable de cicatriz, y b) Sobre todo de la indicación anterior.

Juzgar acerca de la calidad de una cicatriz es muy problemático pero pueden orientarnos los siguientes datos: profesional que realizó la cesárea, momento del parto en que se hizo, infecciosidad del caso así como la evolución de su post-operatorio.

En relación a su indicación, si ésta fue puramente accidental o si intentada, la prueba de parto no pudo juzgarse de su eficacia al tenerla que interrumpir por diversos motivos, la prueba actual puede intentarse aunque más abreviada y con mayor vigilancia. Mas si la cesárea anterior se hizo por desproporción ante el fracaso de la prueba, puede ser inútil y peligroso someter a la mujer a otra prueba con mayores riesgos. No obstante las estadísticas citan aun en estos casos una relativa alta incidencia de partos vaginales (Lawrence 11,2%; Cosgrove 27,0%; nosotros 33,3%; Herd 43,0%; Riva y col 51.1%). Desde luego, en caso de dos o más cesáreas anteriores no hay lugar para la prueba de parto.

4º En **otras cicatrices uterinas** cabe hacer análogas consideraciones.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUERO (O) y ALVAREZ (H): *Obst. Gyn.* 19,212 (1962).
2. ALLEN (EP): *Brit. J. Radiol.*, 20,205 (1947).
3. ANDISON (AW): *Can. Med. Ass. J.* 57,527 (1947).
4. BALEY (H): *Am. J. Obst. Gynec.*, 12,550 (1926).
5. BEDOYA (JM) y MARTIN (F): *Rev. de Obst. y Gin.*, 18,7 (1961).
6. BEDOYA (JM) y TOMO (J): *Labor* 2,55 (1962).
7. BERGHEEM (OG): *Svenska Lak Tidn.* 55,715 (1958).
8. BERUTI (JA) y LEON (J): *Actas V Congr. Nac. de Med. T. V.*, pág. 464 (1934).
9. BERUTI (JA): *Obst. y Gin. Lat. Amer.*, 5,53 (1947).
10. BERGMAN (P) y MALMSTROON (T): *Nord. Med.*, 16,1 (1961).
11. BLANC (WA): *Clin. Obst. Gynec.*, 2,705 (1959).
12. BLOXTOM (A): *Am. J. Obst. Gynec.*, 66,1172 (1953).
13. BONILLA (F): *Problemas fundamentales de la práctica obstétrica.* Ed. Facta. Valencia. 1962. Pág. 197.
14. BOURG (R): *Bull Acad. Med. Belg.*, 17,113 (1952).
15. BRET (AJ): *Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst.* 57,569 (1962).
16. BRILL (HM) y DANELIUS (G): *Am. J. Obst. Gynec.*, 42,821 (1941).
17. BROUHA (M): *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obst.*, 25,449 (1930).
18. CABALLERO (A) y ROBREDO (F): *Bol. Soc. Ginec. Esp.* 3,177 (1953).
19. CALDEYRO-BARCIA (R): *III. Congr. Lat. Amer. Obst. Ginec.*, México 2,388 (1958).
20. CALKINS (LA): *Am. J. Obst. Gynec.*, 56,167 (1948).
21. GOSGROVE (RA): *J. A. M. A.* 145,884 (1951).
22. CHALMERS (J) y FOTHERGIL (RJ): *Brit. Med. J.*, 1,1684 (1960).
23. CHANG (Y): *Clin. J. Obst. Gynec.* 6,430 (1958).
24. DEXEUS (S): *Tratado de Obstetricia.* Ed. Labor. Barcelona 19.
25. DEXEUS (P), JORRO (V) y FUSTER (R): *Prog. de Obst. y Gin.*, 4,268 (1961).
26. ESCH: Citado por Bonilla 1962.
27. ERNS: Citado por Pigeaud y col. 1954.
28. EVELBAUER (K): *Berichte III Weltkongress. Wien Band.*, 1,82 (1961).
29. FREY (E): Citado por M. L. Pérez en *Tratado de Obstetricia.* Ed. A. López. B. Aires. Vol. II. Pág. 573.
30. GARCIA TRIVINO (EL): *Acta Gin.* 6,143 (1955).
31. GIBBERD (GF): *Am. J. Obst. Gynec.*, 65,1284 (1953).
32. GRENHILL (JP): *Clinical Aspects of Contracted Pelvis in Obstetrics.* Ed. WB. Saunders 12 th. ed Philadelphia 1960 pág. 739.
33. GUILHEM (P): *Rev. Franc. de Gyn. et Obst.*, 50,360 (1955).
34. HÉRD (SB): *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.*, 56,118 (1948).
35. HERRERA VENTURA (E): *Actual Obst. Ginec.*, 1,86 (1961).
36. HISAW (FL): *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, 23,661 (1926).
37. HUNT (AB): *J. A. M. A.* 147,999 (1959).
38. JEFFCOATE (TNA) y HIBRARD (BM): *Rev. Obst. Gin. Ven.*, 20,305 (1960).
39. KALSTREIDER (DF): *Am. J. Obst. Gynec.*, 67,1049 (1954).
40. KERR (JM): *Operative Midwifery.* London. Bailliere. Tindall and Cox (1916).
41. KIRCHHOFF (H): *Das Lange Becken.* G. Thieme. Stuttgart 1949.
42. KREIS y KULIKOWSKA: Citados por M. L. Pérez.
43. LAWRENCE (RF): *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.* 60,237 (1953).
44. LEPAGE (F): *Conférence á la Semaine médico chirurgicale pratique de la Pitre, Octobre 1956. L' Hopital* 1,236 (1957).
45. LOHSE: Citado por Bonilla 1962.

46. MAC CLURE: Citado por Mayer y col. 1956.
47. MAHON (R) y SOUMIREU-MOURAT (J): *Gynec. et Obst.* 59,405 (1960).
48. MAYER (M), HERVE (R), MORIN (F) y CHALUT (J): *Gynec. et Obst.* 55,460 (1956).
49. MEINRENKEN (H) y SCHIEFERSTEIN (W): *Geburt und Frauen* 17,1086 (1957).
50. MENGERT (WF): *Am. J. Obst. Gynec.*, 68,250 (1954).
51. MULLER (P) y FRANK (R): *Strasbourg Med.*, 11,563 (1960).
52. PATEL (DN) y WATSA (MC): *J. Obst. Gynaec. India.*, 5,133 (1954).
53. PECKHAM (CH) y KUDER (K): *Amer. J. Obst. Gynec.*, 27,537 (1934).
54. PEREZ (ML): *Tratado de Obstetricia* Ed. A. López. B. Aires. Vol. II pág. 573 (1945).
55. PIGEAUD (H): *Gyn. et Obst.*, 53,233 (1954).
56. RIVA (HL), PICKHARDT (NL) y BREEN (JL): *South M. J.*, 50,1118 (1957).
57. ROBERTS (LM), SQUIRE (JJ), GUTTMACHER (AF) y MARSHAK (R): *Amer. J. Obst. Gynec.*, 76,1306 (1958).
58. ROSA (P): *Gynec. et Obst.*, 47,830 (1948).
59. ROSA (P): *Bull. Ass. Gyn. Obst. Laug Franc.*, 5,412 (1953).
60. ROUCHY (R) y BREIL (JF): *Gyn. et Obst.*, 53,364 (1954).
61. RUDOLPH (L): *Am. J. Obst. Gynec.*, 25,840 (1933).
62. STANDER (HJ): *Textbook of Obstetrics*. New York and London. Appleton 1945.
63. STEER (CH M): *Amer. J. Obst. Gynec.*, 76,118 (1958).
64. THOMAS (H): *Pelvimetry*. Cassel and Comp. Lim. London 1956.
65. WEIMBERG (A): *J. A. M. A.* 154,282 (1954).
66. WINTER (GF): *Dtsch. Med. Wschr.*, 78,68 (1953).
67. WOLTER (F): *Dtsch. Gyn. u. Obst. Wschr.*, 14,2288 (1959).
68. YOUNG (IJ): *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 47,493 (1940).

* * *