

PARTOS DISTÓCICOS

Dr. Friis Jakobsen. 2004.
www.produccion-animal.com.ar

Volver a: [Cría: parto](#)

INTRODUCCIÓN

En obstetricia veterinaria, el examen del paciente consiste de los siguientes pasos:

1. Anamnesis, en ella es importante consultar el número y curso de los partos anteriores, el tiempo de preñez, si se han presentado enfermedades durante la gestación, los síntomas del parto hasta ese instante, momento de la salida de la primera bolsa de agua, si hubo asistencia previa al animal, etc.
2. Exploración provisional de la madre (propedéutica).
3. Examen externo del tren posterior y del tracto genital (relajamiento de los ligamentos, presentación de partes visibles del feto, etc.)
4. Examen interno del tracto genital.
 - a. Vestíbulo.
 - b. Vagina.
 - c. Cérvix.
 - d. Huesos de la pelvis.
 - e. Útero.
 - Anexos fetales.
 - Bolsas de agua.
 - Grado de contracción.
 - Feto, de quien debemos evaluar:
 - ◆ Número
 - ◆ Vivo o muerto
 - ◆ Tamaño
 - ◆ Actitud
 - ◆ Posición
 - ◆ Situación
5. Diagnóstico
6. Causa
7. Pronóstico (al respecto de la madre y del feto).
8. Tratamiento
9. Exploración obstétrica después del parto (más fetos, la fijación de la placenta, lesiones, etc.)

OPERACIONES PARA MODIFICAR PRESENTACIONES ANORMALES DEL FETO

Existen cuatro métodos adecuados para modificar las presentaciones anormales del feto:

- I. Extracción por tracción forzada.
- II. Rectificación de las actitudes anormales.
- III. Rectificación de las posiciones anormales.
- IV. Rectificación de las situaciones anormales.

I. EXTRACCIÓN MEDIANTE TRACCIÓN FORZADA

A. Instrumentos:

- a. Equino y Vacuno:
 - ◆ Lazos o cuerdas
 - ◆ Mango
 - ◆ Pasalazo de Schriever o Sand
 - ◆ Ganchos, cortos y largos, agudos y obtusos
 - ◆ Gancho articulado de Krey-Schottler
- b. Pequeños Rumiantes:
 - ◆ Lazos delgados
 - ◆ Largos ganchos finos
- c. Marrana:

◆ Tenaza obstétrica



Lazos para partos: a) trenzado con dos nudos, b) trenzado con dos nudos, c) con un nudo cabezal y dos para los pies

B. La Técnica en el Equino y el Vacuno

a. En situación longitudinal anterior:

Se fijan lazos en las extremidades anteriores por encima de los menudillos y si es necesario una cuerda o gancho en la cabeza. En primer lugar, se tira a un miembro hasta que su codo llegue a la entrada de la pelvis, después se tira igualmente al otro miembro y finalmente a la cabeza. De esta manera, introducido en la pelvis el feto, se tira igualmente de todos los lazos. La tracción se hace al compás de las contracciones de la madre y en dirección de la línea de conducción. Los tiros deben ser largos y progresivos. El obstetra controla con su mano el feto dentro del canal genital. Cuando las partes grandes del feto salen de la vulva se protege la hendidura dorsal con la mano. Se pueden usar la fuerza de tres hombres. El uso de medios mecánicos (polea, aparato de tracción) debe de considerarse como una falta absoluta de técnica, porque el proceso natural de acomodación del feto durante su salida no es facilitado, además, la fuerza es completamente irregular. Un profesor apellidado Benesch decía: *"todos los instrumentos obstétricos cuyo empleo es peligroso para la madre y cuantos aparatos contradicen las leyes de la mecánica del parto, no se hallan al nivel científico actual"*.

b. En situación longitudinal posterior:

Para facilitar la salida del feto se puede utilizar dos tipos de tracción en los miembros posteriores: se tira de los miembros de manera alternada o se cruzan los miembros fuera de la vulva. La salida del feto debe ser tan rápida como sea posible, porque la presión al cordón umbilical puede asfixiar al feto.

C. La Técnica En Otras Especies

a. Pequeños Rumiantes:

En la tracción forzada el obstetra solamente usa su propia fuerza.

b. Marrana:

En la mayoría de casos el obstetra usa su mano para extraer los fetos. En situación longitudinal anterior del feto se fija con los dedos por detrás de la cabeza del feto. En situación longitudinal posterior se fijan los miembros con el dedo medio puesto en gancho alrededor de los corvejones. Hay que esperar algunos minutos entre la exploración de los fetos para dar el tiempo suficiente para la entrada de los fetos en el cuerpo uterino, si este se demora se puede utilizar la hormona oxitocina. En casos donde no es posible fijar el feto, se puede usar una tenaza obstétrica, la cual se introduce cerrada hasta el feto, se empuja a este un poquito adelante, se abre la tenaza y luego el feto entra en las hojas de la tenaza. Se hace la tracción forzada al mismo tiempo volviendo la tenaza de un lado a otro para evitar que la mucosa se fije entre las hojas de la tenaza y el feto.

D. Anestesia

Generalmente no es necesario anestesiarse el animal en la extracción forzada. Al contrario se debe tener en cuenta que queremos sacar provecho de las contracciones, porque la extracción solamente es una ayuda complementaria al parto y no es una sustitución de las fuerzas naturales.

E. Ayuda Técnica

a. Líquido amniótico artificial.- Cuando el feto o el canal genital están secos puede ser casi imposible extraer el feto. El uso de un líquido amniótico artificial ("Viscogela", de la cocción de semillas de lino) restablece el engrase normal. Se introduce con una bomba 10-15 litros intrauterinos, pero es necesario hacer una anestesia epidural primeramente.

- b. Episiotomía.- cuando el vestíbulo o la vulva es demasiado angosto para pasar el feto se puede aumentar su tamaño por medio de una incisión en uno o ambos labios de la vulva un poquito inferior a la hendidura dorsal. Después de la salida del feto se suturan las heridas.

II. RECTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES ANORMALES

A. Instrumentos:

Los mismos que se usan para tracción forzada. No es necesaria emplear técnicas como la Muleta de Kuehn, pero hay obstetras veterinarios a quienes le gusta hacerlo en vacunos y equinos.



Muleta de Kuehn, modificada por el Profesor Benesch sin lazo

B. Técnica:

- a. Propulsión.- Es la técnica que consiste en rechazar toda la parte del feto hacia el fondo del útero, con objeto de hacer espacio para los cambios necesarios. Para mantener la propulsión se puede usar la muleta fijada a una parte del feto, pero generalmente es suficiente la fuerza del obstetra.
- b. Rectificación de las actitudes anormales.
- c. Extracción por tracción forzada.

C. Anestesia:

En casos donde las contracciones son tan fuertes que la propulsión es imposible, se pueden eliminar éstas por medio de anestesia epidural. Igualmente esta se usa cuando el feto está fuertemente fijado en la pelvis,

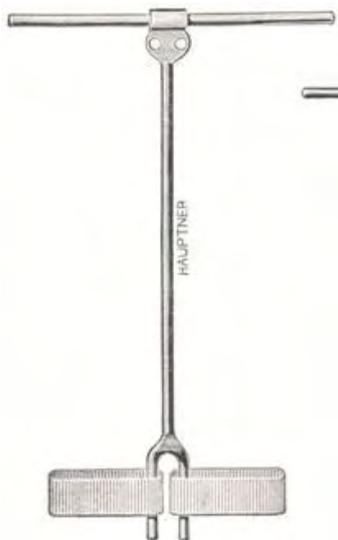
D. Ayuda técnica:

Cuando el útero está contraído la propulsión es imposible. Para abrir el útero otra vez se usa líquido amniótico artificial en grandes cantidades (10-20 litros). Véase la técnica mencionada antes.

III. RECTIFICACIÓN DE LAS POSICIONES ANORMALES

A. Instrumentos:

- ◆ Lazos o cuerdas.
- ◆ Horquilla de Caemmerer. Esta no es necesaria pero hay obstetras, a quienes le gustan para el trabajo en vacunos y equinos.



Horquilla de Caemmerer

B. Técnica:

- a. Propulsión.
- b. Rotación de las posiciones anormales, generalmente esta se puede hacer por medio de las manos con la horquilla fijada en los miembros, la fuerza necesaria para la rotación se aplica fuera del tracto genital en el mango de la horquilla.
- c. Extracción por tracción forzada.

C. Anestesia:

Véase rectificación de las actitudes anormales.

D. Ayuda técnica:

Véase rectificación de las actitudes anormales.

IV. RECTIFICACIÓN DE LAS SITUACIONES ANORMALES

A. Instrumentos:

Todos los mencionados anteriormente.

B. Técnica:

La rectificación se hace solamente en feto vivo. En otros casos se efectúa embriotomía o sección cesárea.

- ♦ Propulsión. En todas las situaciones anormales la rectificación aspira a provocar una situación longitudinal posterior, es decir, que la propulsión incluye exclusivamente la parte anterior del feto.
- ♦ Versión, resultando en presentación posterior.
- ♦ Extracción por tracción forzada.

C. Anestesia:

Se usa siempre anestesia epidural en la rectificación de las situaciones anormales, en el caso de la yegua, la anestesia general puede resultar necesaria.

D. Ayuda Técnica:

Se usa siempre líquido amniótico artificial.

DISTOCIAS

Existen dos causas para que se presenten las distocias: las maternas y las fetales. Aquí por términos prácticos solamente vamos a tratar algunos aspectos de las distocias fetales y de manera gráfica para que resulte mucho más didáctico. La nomenclatura que se usa para caracterizar las presentaciones anormales del feto es varía en las

diferentes partes del mundo, por ejemplo la de la escuela clásica de España, difiere mucho con la usada en el norte de Europa. La nomenclatura siguiente corresponde a la última mencionada.

I. ACTITUDES ANORMALES DE PRESENTACIÓN DEL FETO ANTE POSICIÓN SUPERIOR:

1. Actitudes anormales de la cabeza.

Figura 1: Cabeza en flexión lateral

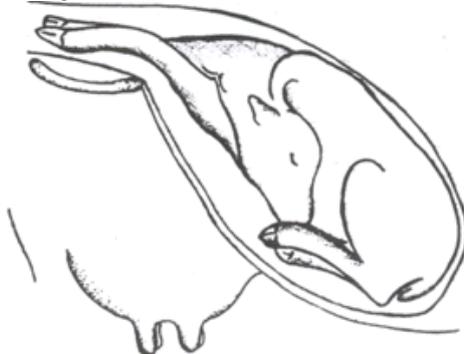


Figura 2: Cabeza en flexión ventral. Son divididos según el grado de flexión de la cabeza. Actitud de vértice. Actitud de nuca. Actitud de cabeza en flexión hacia el esternón.

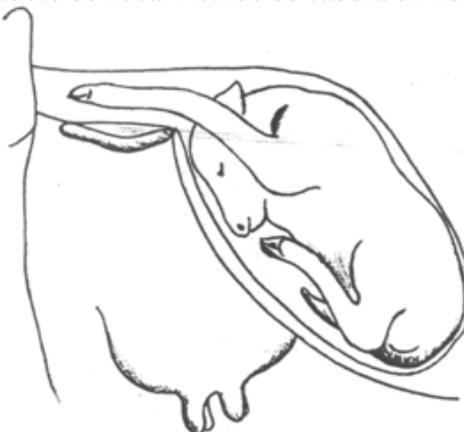


Fig 3. Cabeza doblada sobre el dorso



2. Actitudes anormales de los miembros anteriores.

Figura 4: Actitud de encuentro y codo en flexión, uno o dos miembros incompletamente extendidos.



Figura 5: Actitud de carpo en flexión, uno o dos miembros doblados por sus carpos. Existen dos tipos:
Actitud simple de carpo en flexión (carpos doblados situados en la cavidad abdominal).
Actitud encajada de carpo en flexión (carpos doblados situados en la cavidad pelviana).



Figura 6: Actitud de encuentro en flexión, con uno o dos miembros dirigidos completamente hacia atrás.

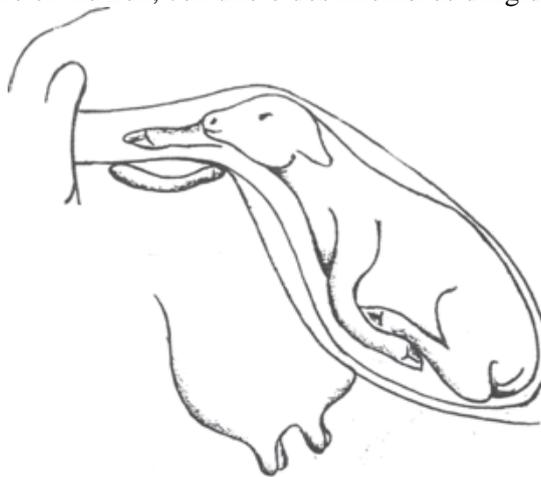


Figura 7: Actitud de los miembros sobre la nuca.



3. Actitudes anormales de los miembros posteriores.

Figura 8: Miembros posteriores incompletamente extendidos.



II. ACTITUDES ANORMALES DE PRESENTACIÓN POSTERIOR Y POSICIÓN SUPERIOR DEL FETO

Figura 9: Miembros posteriores incompletamente extendidos.

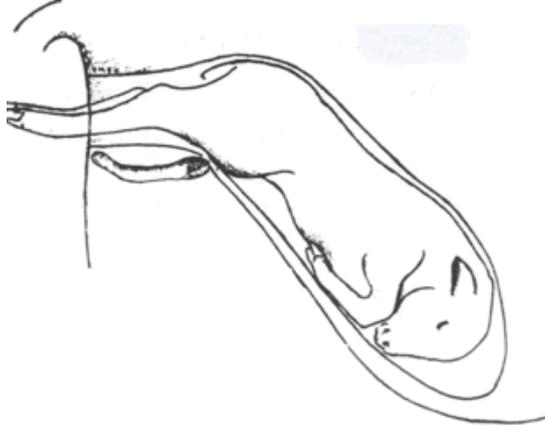
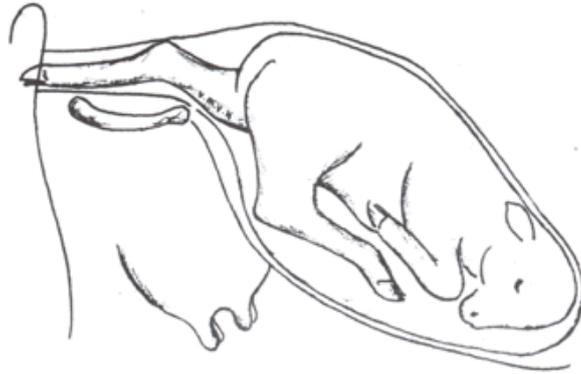


Figura 10: Actitud de corvejón flexionado, existen dos tipos: actitud simple y actitud encajada.



Figura 11: Actitud de cadera en flexión, uno de los miembros colocado en toda su longitud bajo el vientre.



III. POSICIONES ANORMALES DEL FETO

Figura 12: Posición lateral.

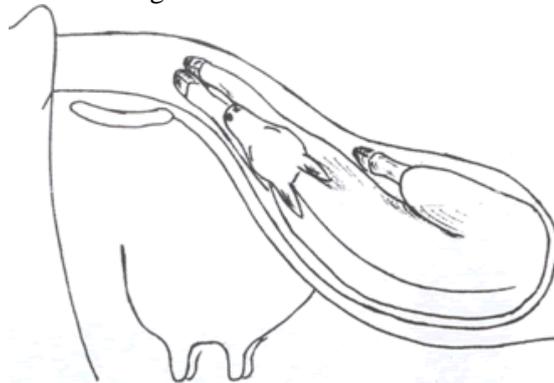
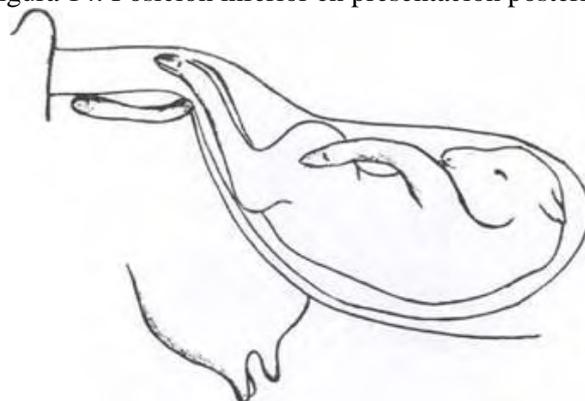


Figura 13: Posición inferior en presentación anterior.



Figura 14: Posición inferior en presentación posterior.



IV. SITUACIONES TRANSVERSALES DEL FETO

Existen dos tipos:

1. Todos los miembros entran en la cavidad pelviana.

Figura 15: Presentación vertical de abdomen.



Figura 16: Presentación transversal de abdomen.



b.- Presentación vertical de dorso (Fig. 21).



2. Ninguno de los miembros entra en la cavidad pelviana.

Figura 17: Presentación vertical de dorso.



Figura 18: Presentación transversal de dorso.



Figura 19: Presentación transversal en los cuernos, en la yegua.



Volver a: [Cría: parto](#)