

DISTOCIAS FETALES

ASPECTOS GENERALES

ANOMALÍAS DEL DESARROLLO

ANOMALÍAS DE PRESENTACIÓN

Cefálicas deflexionadas

Cara

Frente

Bregma

Podálica

Aspectos diagnósticos

Manejo preparto

Manejo intraparto

Hombros

Formas de evolución

Manejo intraparto

Fúnica

Compuesta

ANOMALÍAS DE POSICIÓN

Occípito-posteriores

Occípito-transversas

OTRAS DISTOCIAS

Distocia de hombros

Parto múltiple

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

Distocia es el antónimo de la palabra griega eutocia que significa parto normal; por tanto, todas las causas que alteren el mecanismo normal del parto se engloban bajo este término. Las distocias se clasifican para su estudio en: distocia por anomalías fetales, por anomalías de las fuerzas expulsivas y por anomalías del canal del parto.

Las distocias son la causa más común de cesárea porque el feto no puede pasar a través de la pelvis materna; sin embargo, existen situaciones en las que al mejorar la fuerza de contracción uterina o usar un instrumento para favorecer la salida, se puede evitar la extracción del feto por vía abdominal sin aumentar su morbi-mortalidad. En este capítulo se analizan las alteraciones del desarrollo, presentación y posición fetal, que se engloban bajo el término de distocias fetales.

ANOMALÍAS DEL DESARROLLO

Todo aumento de volumen del producto de la concepción puede producir distocia fetal porque impide su paso a través del canal del parto. Entre las anomalías del desarrollo, que con mayor frecuencia producen esta alteración, se encuentran las siguientes (ACOG, 1991).

1. Los fetos macrosómicos, que son aquellos que pesan 4 500 g o más y que se presentan más que todo en mujeres con diabetes mal controlada o en obesas.

2. Los fetos con hidrocefalia, por acumulación exagerada de líquido cefalorraquídeo al nivel de los ventrículos cerebrales.
3. Los fetos siameses, que son gemelos unidos entre sí (ver cap. 20)
4. Los fetos con lesiones que aumenten el volumen del tórax o abdomen, como lo son los tumores de hígado, riñón u ovario, la ascitis, la distensión vesical gigante, etc.

El diagnóstico se sospecha por el aumento del tamaño del útero sin relación con la edad gestacional y se corrobora con la evaluación ecosonográfica. El tratamiento es con cesárea aunque, ocasionalmente, se pueden utilizar las operaciones destructoras como la craneotomía, en los casos de hidrocefalia, y la cleidotomía, que es la fractura de la clavícula, en los casos de distocia de hombros por feto voluminoso.

ANOMALÍAS DE PRESENTACIÓN

Cefálicas deflexionadas

Constituyen manifestaciones de diferentes grados de deflexión de la cabeza y son las presentaciones de cara, frente y bregma. La incidencia de estas presentaciones es difícil de determinar porque la mayoría evoluciona a cefálica. Se estima que la frecuencia de las presentaciones cefálicas deflexionadas, en general, es de 1/500 partos (Seeds and cefalo, 1982). El nombre de cefálicas deflexionadas es porque en su etiología se señalan todas las causas que evitan la flexión normal de la cabeza, que son las que se aprecian en la tabla 36-1.

Tabla 36-1 Factores que favorecen las presentaciones cefálicas deflexionadas

Fetales	Maternas
Peso fetal	Anomalías uterinas
Fetos voluminosos	Mallformaciones congénitas
Fetos con peso menor de 2 500 g	Tumores
Modificaciones del cuello fetal que alteran la flexión	Dextroversión intensa con abdomen péndulo
Hipertonía muscular	Alteraciones de la pelvis
Cuello corto	Deformidades congénitas o adquiridas
Círculos múltiples de cordón	Estrechez pélvica
Tumores de cuello	
Tiroideos	
Higroma quístico	
Cuello flácido	
Mallformaciones craneo-faciales	
Hidrocefalia	
Microcefalia	
Anencefalia	
Dalicofefalia	

El diagnóstico se debe realizar durante el segundo período del trabajo de parto porque muchas veces fetos con presentaciones cefálicas deflexionadas antes de iniciar trabajo de parto o en la primera fase del mismo se resuelven espontáneamente, pasando a presentación cefálica de vértice a medida que descienden por la pelvis materna.

Cara. El diámetro que se presenta en el estrecho superior de la pelvis es el submento-bregmático, que mide como promedio 10 cm a término (fig. 10-2), por lo que el parto vaginal es posible, pero sólo en las variedades de posición mento-anterior (fig. 36-1) y en las mento-transversas que rotan a una posición anterior. Juntas representan el 70% de estas variedades de posición.

En las mento-posteriores, el cuello no es lo suficientemente largo como para pasar la cara anterior del sacro que mide 12 cm (fig. 36-2), por lo que sólo su rotación a anterior hace posible el parto vaginal. Esta rotación debe ocurrir espontáneamente porque las maniobras tendientes a convertir una presentación de cara en una de vértice o para convertir, manual o instrumentalmente, una presentación mento-posterior a una mento-anterior aumentan mucho la morbilidad neonatal.



Figura 36-1.
Presentación de cara, variedad mento-anterior.



Figura 36-2.
Presentación de cara, variedad mento-posterior.

El diagnóstico se puede sospechar mediante las maniobras de Leopold (fig. 2-1), pero la confirmación se hace mediante estudio imagenológico y tacto vaginal; este último permite palpar una presentación blanda en donde se sienten las estructuras de la cara. Cuando está comenzando el trabajo de parto, es fácil de confundir con la presentación podálica franca (fig. 10-3) y sentir el orificio anal como si fuera la boca y los glúteos como los pómulos.

Para establecer el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que el ano tiene tono esfinteriano, mientras que la boca no, y se encuentra ubicado en línea con las tuberosidades isquiáticas, mientras que la boca y las prominencias malares forman un triángulo. En estos casos, el estudio radiológico, el ultrasonido, la palpación y la auscultación abdominal ayudan a aclarar el diagnóstico. En general, el parto vaginal ocurre entre el 60% y el 80% de los casos y los recién nacidos presentan frecuentemente un gran edema facial que se resuelve durante las primeras 24 a 48 horas de nacido (Duff, 1981).

Frente. En ésta el diámetro que se presenta en el estrecho superior es el occípito-mentiano, que mide como promedio 13,5 cm a término, y el punto de referencia es la nariz (fig. 10-2 D). En estos casos, el parto vaginal es imposible a menos que el feto sea muy pequeño o la pelvis gigante.

Bregma. En ella el diámetro que se presenta es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm a término y el punto de referencia es la fontanela anterior (figura 10-2 C). En estos casos el parto vaginal también es imposible, a menos que se reúnan las mismas condiciones mencionadas anteriormente. Estos dos últimos tipos de presentación se practica, aunque hay que tener en cuenta que se pueden encontrar estas formas de presentación como etapa intermedia en la evolución hacia la flexión completa (vértice) o hacia la deflexión completa (cara), lo que hace posible el parto vaginal.

Podálica

Llamada también presentación de nalgas, constituye la anomalía de presentación más frecuente y, aunque se ve en el 13% de los embarazos alrededor de la semana 30 de gestación, a término su incidencia total es sólo del 3% a 4% (ACOG, 1986). La morbi-mortalidad neonatal es mayor en los nacidos por parto podálico que en los nacidos por parto cefálico porque, además de aumentar el trauma fetal, son más frecuentes los partos pretérmino y las anomalías congénitas (Kalaidzhieva et al, 1996). Los factores que favorecen la presentación de nalgas son los que se aprecian en la tabla 36-2.

Tabla 36-2. Factores que favorecen la presentación de nalgas.

Parto pretérmino
Anomalías congénitas
Luxación congénita de cadera
Hidrocefalia
Anencefalia
Mielomeningocele
Cardiovasculares
Respiratorias
Urinarias
Múltiples
Estrechez pélvica
Multiparidad
Embarazo múltiple
Polihidramnios y oligoamnios
Modificaciones del contorno uterino
Anomalías congénitas
Tumores
Placenta fúndica
Muerte fetal
Extensión de las piernas del feto

Aspectos diagnósticos. Durante el embarazo, el diagnóstico es sencillo mediante las maniobras de Leopold, estudios radiológicos o el ultrasonido. Durante

el trabajo de parto el diagnóstico es posible con el tacto vaginal que permite la palpación de una parte fetal suave, con el orificio anal en el medio y, en ocasiones, es posible tocar las extremidades y los genitales.

Es importante insistir en que el diagnóstico definitivo se debe hacer al comienzo del trabajo de parto porque no son infrecuentes los cambios de presentación del feto, aún cerca del momento del parto (ACOG, 1986). Existen varias formas de presentación de nalgas dependiendo de la posición de las extremidades inferiores y cuya descripción detallada puede verse en el capítulo 10. (fig. 10-3).

Manejo preparto. Antes de tomar una decisión acerca de la vía de atención del parto, se debe informar a la paciente y los familiares de los riesgos y beneficios de cada una. En caso que la embarazada esté muy motivada al parto por vía vaginal se puede intentar una versión cefálica externa, para transformar una presentación de nalgas en cefálica de vértice. Esta maniobra se lleva a cabo a partir de la semana 36 y las contraindicaciones son las que se enumeran a continuación (Van Dorsten et al, 1981).

1. Anomalías uterinas.
2. Sangrado del tercer trimestre.
3. Embarazo múltiple.
4. Oligoamnios.
5. Evidencia de insuficiencia útero-placentaria.
6. Circular de cordón diagnosticada por ultrasonido.
7. Cesárea anterior u otra cirugía uterina.
8. Desproporción feto-pélvica evidente.
9. Contraindicaciones en el uso de tocolíticos.

El procedimiento se debe hacer en un hospital donde se pueda practicar una cesárea de emergencia, en caso de que ocurra sufrimiento fetal. Se practica una evaluación previa por ultrasonido para corroborar la presentación, descartar embarazo múltiple, oligoamnios y anomalías fetales y para realizar la biometría. Si el monitoreo fetal no estresante es reactivo se colocan agentes tocolíticos por vía IV y, cuando el útero esté relajado, se lleva a cabo la versión que puede ser realizada por una o por dos personas (Marquette et al, 1996).

Cuando la realiza una sola persona, se desplazan hacia arriba las nalgas aplicando una presión manual sobre las mismas. Una vez alcanzada la situación transversa, la rotación se completa empujando las nalgas hacia arriba con una mano y la cabeza hacia abajo con la otra. También se ha usado el transductor del ecosonograma como guía para conocer la posición fetal (fig. 36-3). Cuando es realizada por dos personas, una eleva y desplaza lateralmente las nalgas y la otra manipula la cabeza fetal en dirección opuesta. El uso de aceite mineral en el abdomen materno facilita las maniobras.

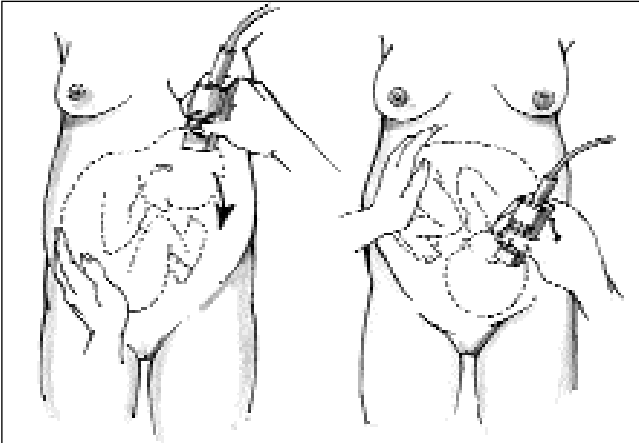


Figura 36-3.
Técnica para la versión cefálica externa

Una vez completado el procedimiento se debe repetir el monitoreo fetal no estresante durante una hora antes del alta. En caso que la madre sea Rh negativo, se debe administrar globulina anti-Rh. A pesar que este procedimiento puede tener éxito en el 65% de los casos, la razón por la que la versión cefálica externa no es universalmente aceptada es por la posibilidad de complicaciones en 1% a 4% de los casos, incluyendo muerte fetal hasta en el 1,7% de los casos (Zhang et al, 1993; Lau et al, 1997).

En caso que la versión cefálica externa no se pueda llevar a cabo o la paciente entre en trabajo de parto, se recomienda dejarlo evolucionar sólo en los siguientes casos (Collea et al, 1980):

1. Que la presentación sea una podálica franca.
2. El peso estimado fetal esté entre 2 000 y 3 800 g.
3. La cabeza fetal no esté en hiperextensión.
4. La pelvis materna sea normal.

5. No haya sospecha de sufrimiento fetal.

6. No exista placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta.

Manejo intraparto. Para la atención del parto podálico, lo ideal es contar con un equipo médico que incluya dos obstetras, anestesiólogo, pediatra neonatólogo y personal paramédico especializado en la atención obstétrica. Existen tres formas de evolución o conducción del parto, las cuales se analizan a continuación.

Parto espontáneo: en la que el feto es expulsado completamente sin ninguna tracción o manipulación. Esta es una forma poco frecuente de evolución y sólo se ve en fetos prematuros o pelvis muy grandes.

Extracción podálica: en la que el feto es expulsado en forma espontánea hasta el nivel del ombligo y el médico completa la extracción de los hombros y la cabeza mediante tracción y manipulación.

Gran extracción podálica: en la que el médico espera a que la dilatación sea completa para proceder a la extracción total del feto. Es la forma recomendada para el parto en caso de podálica completa o incompleta.

El trabajo de parto se conduce en forma similar al de las presentaciones de vértice, aunque no se debe practicar ruptura precoz de membranas por el peligro de procidencia del cordón y sólo se puede romper cuando el feto esté bien encajado y la dilatación avanzada.

El tipo de anestesia varía de acuerdo con el modo en que se va a conducir el parto. Si el médico realiza la extracción podálica en todos los casos necesita la cooperación de la madre y, por tanto, la anestesia no podrá ser general, mientras que este tipo de anestesia se puede emplear para la gran extracción podálica. Es importante insistir en que se requiere una buena anestesia con relajación completa de la paciente.

En la podálica completa o en la incompleta, es más sencillo realizar la gran extracción podálica porque se cuenta con el pie fetal para la tracción; pero en la podálica franca, es necesario obtener el pie mediante la maniobra de Pinard (fig. 36-4), que consiste en introducir la mano en la cavidad uterina, con el fin de obtener el pie fetal y convertir una podálica franca en incompleta modo pie. Esta maniobra puede resultar peligrosa en manos inexpertas.

Una vez que se obtienen uno o ambos pies, se procede a la tracción lenta, preferiblemente durante las contracciones, hasta la salida de la cadera; luego se agarra al feto a la altura de la línea medio-axilar, con los dedos pulgares de ambas manos y el resto de los dedos rodeando el tórax por delante y por detrás. Se hace tracción hacia abajo siguiendo el eje de la pelvis, con pequeños movimientos pendulares hacia arriba y abajo, hasta que el hombro anterior llegue al nivel de la sínfisis, procediendo luego a la extracción de ambos hombros. Usualmente, se extrae primero el hombro posterior y luego el anterior, aunque puede ser a la inversa si resulta más fácil.



Figura 36-4.
Maniobra de Pinard.

Para extraer los brazos, se coloca suavemente el dedo índice del operador en el pliegue de flexión del brazo con el antebrazo y se hace tracción hacia fuera. Cuando los brazos se encuentran deflexionados, de tal manera que el anterior se encuentre sobre la cara y el posterior sobre la nuca, la maniobra anterior frecuentemente fracasa. En estos casos, se recomienda la maniobra de Rojas que consiste en un movimiento de rotación del feto sobre su eje longitudinal, de tal manera que el hombro posterior se convierta en anterior. Esto hace que, en la mayoría de los casos, el brazo se desprenda espontáneamente. Una vez que el brazo que era posterior se ha desprendido, se invierte la ma-

niobra de rotación y el hombro que era anterior se lleva hacia delante.

Luego de que se extraiga la cintura escapular, se orienta el feto en occípito-púbica y se procede a la aplicación del fórceps de Piper o de Smith (Fernández y col, 1993) (ver cap. 42). También se puede utilizar la maniobra de Mauriceau (fig. 36-5), para lo cual, el brazo derecho del operador se coloca en el abdomen fetal y los dedos índice y medio de la mano izquierda se pasan sobre la espalda y se apoyan sobre la nuca, formando con los dedos una V invertida; de esta manera, el feto queda cabalgando sobre el brazo derecho del operador. Luego se procede a la tracción, siguiendo el eje de la pelvis hasta lograr la salida de la cabeza.

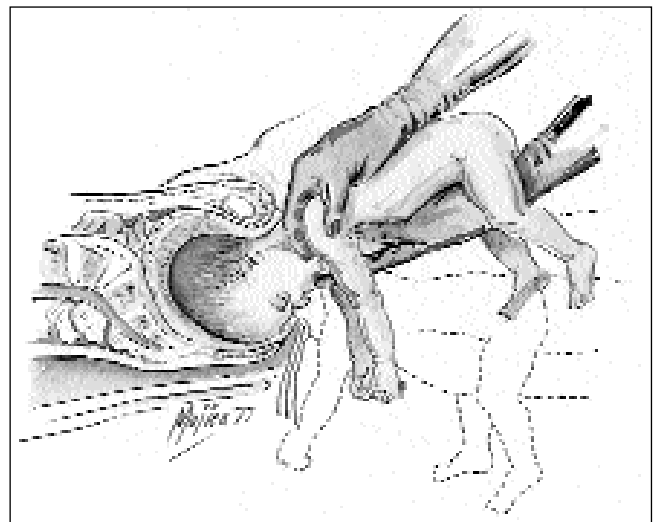


Figura 36-5.
Maniobra de Mauriceau.

En ocasiones, la cabeza fetal se orienta en forma occípito-sacra; en estos casos se recurre a la maniobra de Praga (figura 36-6), en la que los dedos de la mano izquierda del operador se colocan por detrás del feto, sobre los hombros, y la mano derecha toma ambos pies y los lleva hacia arriba hasta lograr la extracción.

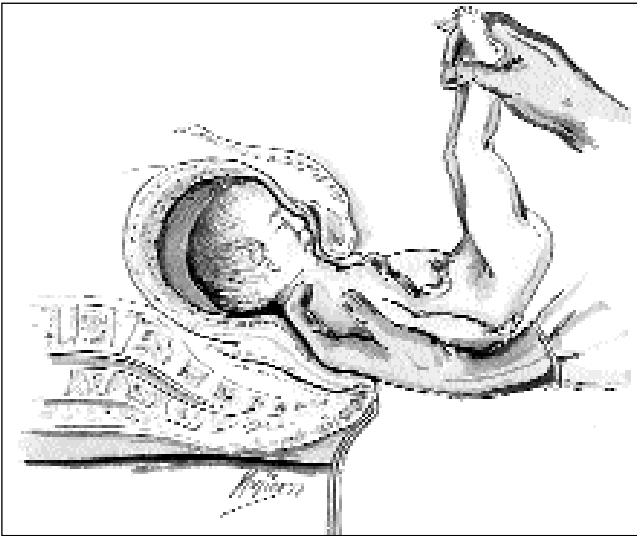


Figura 36-6.
Maniobra de Praga.

En ambas maniobras, un ayudante puede ejercer presión suprapúbica suave porque de lo contrario se puede provocar una ruptura uterina. Una vez que el feto esté afuera, se procederá de manera similar a la descrita para el parto normal. Durante el parto se recomienda el monitoreo continuo, teniendo en cuenta que, debido a que el cordón umbilical está en contacto con el segmento uterino se pueden presentar desaceleraciones variables durante la primera y segunda fase del trabajo de parto. El uso de oxitocina para inducir o conducir el trabajo de parto no está contraindicado pero se debe utilizar con cautela (Gimovsky and Petrie, 1989).

Existe una tendencia a practicar cesárea con mayor frecuencia en casos de presentación de nalgas; sobre todo en primigestas y en múltiparas con pelvis poco amplias o fetos voluminosos. Las razones que explican esta tendencia son las que se enumeran a continuación (Graves, 1980).

1. La alta morbi-mortalidad fetal que existe en casos de parto podálico, que no ha mejorado con el transcurso de los años. Además, existe la posibilidad de un daño neurológico que pase desapercibido al momento del nacimiento, y que sólo se manifiesta en etapas tardías.
2. La disminución importante de la morbi-mortalidad materna por la cesárea debido al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas.
3. Las limitaciones que tiene el personal médico en

formación para aprender la técnica de atención del parto podálico; sobre todo en centros obstétricos con escaso número de partos. Para ellos, la cesárea es la alternativa de elección, tomando en cuenta las dos primeras razones expuestas.

Hombros

Este tipo de presentación ocurre en la situación transversa, en la que el eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre, por lo que la parte que se presenta en el estrecho superior es, en la mayoría de los casos, el hombro. Aunque, en ocasiones, puede haber prolapso del brazo y manos fetales o no haber punto de referencia porque el dorso fetal se encuentra en el estrecho superior de la pelvis (fig. 10-4).

La incidencia es de 1/300 partos y los factores que la favorecen son los siguientes (Seeds and Cefalo, 1982).

1. Estrechez pélvica.
2. Parto pretermino.
3. Multiparidad.
4. Embarazo múltiple.
5. Polihidramnios.
6. Malformaciones fetales.
7. Muerte fetal.
8. Modificaciones del contorno uterino.
9. Placenta previa.
10. Abdomen péndulo.

El diagnóstico es sencillo y se hace sobre la base de la historia clínica y, al examen físico, mediante las maniobras de Leopold, sobre todo con la tercera y cuarta maniobra que permiten apreciar un estrecho superior vacío. El estudio radiológico, la ecosonografía y el tacto vaginal, complementan el estudio.

Formas de evolución. Existen tres formas de evolución en éste tipo de presentación.

Versión espontánea: en el que la presentación evoluciona a podálica o cefálica en forma espontánea.

Conduplicato corpore: en la que la columna se dobla en la zona cérico-dorsal, pasando la cabeza y el tórax al mismo tiempo por el canal vaginal (fig. 36-7).

Evolución espontánea: en la cual el cuerpo se dobla completamente al nivel de la columna dorso-lumbar, lo cual hace el parto vaginal posible (fig. 36-8).

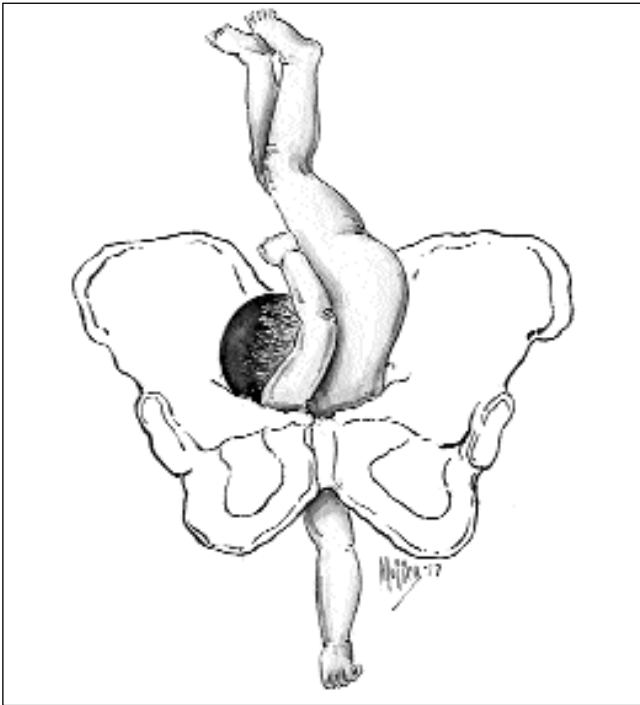


Figura 36-7.
Conduplicato corpore.



Figura 36-8.
Evolución espontánea.

Estos dos últimos se pueden dejar evolucionar sólo en casos de fetos de menos de 500 g o macerados de menos de 1 000 g, en el resto de los casos no se debe permitir el parto por vía vaginal porque constituye un alto riesgo para la madre. Se ha utilizado la versión cefálica externa en embarazadas con edad gestacional menor de 39 semanas que no estén en trabajo de parto o al inicio de éste con membranas íntegras y en los que se haya descartado desproporción feto-pélvica y placenta previa (Phelan et al, 1986).

Manejo intraparto. El tratamiento de elección es mediante cesárea y sólo se permite el parto vaginal en fetos muertos de embarazos precoces. Si el médico no tiene mucha experiencia, debe contemplar la posibilidad de practicar una incisión uterina longitudinal, sobre todo en fetos a término, porque mediante la incisión transversa segmentaria la extracción puede ser difícil sobre todo si el dorso fetal se encuentra sobre la desembocadura de la pelvis. Además, con la primera, se puede prolongar la incisión hacia el fondo, mientras que con la transversa la única posibilidad de prolongación es con una incisión longitudinal; de tal manera que con la incisión transversa y la prolongación longitudinal deja al útero con mucha desventaja para futuros embarazos (Cruikshank and White, 1973).

Fúnica

Conocida también como prolapso de cordón, es cuando el cordón se convierte en la parte que se presenta en el estrecho superior (fig. 10-5 A). Cuando las membranas están intactas, se denomina procúbito de cordón; en estos casos, se puede tratar de rechazar cuidadosamente el cordón y permitir que el polo cefálico o podálico ocupen el estrecho superior. Si se logra, se pueden romper las membranas, en el caso de presentación cefálica, para permitir la entrada de la cabeza en el estrecho superior; si no se logra reducir el cordón, está indicada la cesárea.

Quando las membranas están rotas, se denomina procidencia de cordón y constituye una emergencia obstétrica porque se acompaña de una alta mortalidad fetal, sobre todo en casos de procidencia de cordón y presentación cefálica. En estos casos, la cesárea se debe hacer de inmediato mientras un operador mantiene elevada la presentación con los dedos introducidos por vía vaginal (Barret, 1995).

Compuesta

Son situaciones que se presentan en el 0,1% de los partos, en las que una o dos extremidades fetales entran simultáneamente con la parte fetal que se presenta en el canal pelviano. La más común es la cefálica-mano, seguida de la nalgas-mano y la cabeza-brazo-pie. Se le conoce también con el nombre de procidencia de miembro cuando las membranas están rotas y procúbito de miembros cuando están intactas (fig. 10-5 B). Su complicación más frecuente es el prolapso de cordón, que sucede en el 20% de los casos (Seeds and Cefalo, 1982).

Si se diagnostica en el comienzo del trabajo de parto, se debe dejar evolucionar y no romper las membranas porque, en la mayoría de los casos, el miembro prolapso se devuelve espontáneamente a medida que el parto progresa. Si se consigue en etapas más avanzadas del trabajo de parto, se puede tratar de reducir sin hacer muchos esfuerzos porque su presencia, generalmente, no ocasiona problemas durante el parto, sobre todo en pelvis amplia con fetos pequeños, mientras que la reducción se puede acompañar de trauma fetal, prolapso de cordón, etc. En caso de que la presentación sea cefálica-mano, que es la más frecuente, el recién nacido puede presentar edema de la mano por 48 a 72 horas. Rara vez es necesario practicar una cesárea por esta condición (Weissberg and O'Leary, 1973).

ANOMALÍAS DE POSICIÓN

Occípito-posteriores

La expulsión en occípito-posterior se presenta en menos del 5% de los partos a término porque, en la mayoría de los casos, ocurre la rotación espontánea a una variedad anterior y cursan con un parto normal en occípito-púbica. Entre los factores asociados a la persistencia en occípito-posterior se encuentran: baja estatura, fetos de gran tamaño, estrechez pélvica y anestesia conductiva (Holmberg et al, 1977).

Las complicaciones más frecuentes de la expulsión en esta posición son el descenso prolongado y la detención del descenso. Hay que pensar en esta posibilidad siempre que la cabeza fetal permanezca a nivel del primer o segundo plano de Hodge durante los últimos centímetros de dilatación cervical, sospecha que debe aumentar si la cabeza persiste en estos planos una vez que la dilatación está completa. La falta de descenso suele atribuirse a una dilatación cervical incompleta porque puede existir un reborde cervical

anterior persistente que no desaparece a pesar de las contracciones uterinas eficaces; sin embargo, este borde es más bien la consecuencia y no la causa de la anomalía.

Del grupo que no rotan espontáneamente, la gran mayoría de los casos lo harán con rotación digital. Esto deja un pequeño porcentaje de casos que ocasionarán distocia y que se deben tratar mediante rotación instrumental o bien extracción en posterior (ver cap. 42).

Para la rotación instrumental se puede utilizar un fórceps rotador tipo Leff o una sola rama de cualquier fórceps, que se introduce de arriba hacia abajo en el lado opuesto de la pelvis materna y con el segundo y tercer dedo se hace rotar la rama hacia arriba, bordeando la sínfisis púbica y desplazándola por encima de la oreja fetal. La presentación suele rotar cuando la rama se encuentra por debajo de la sínfisis (Escaramilla and Carlan, 1991). En caso de que la rotación manual e instrumental fracasen, se debe proceder a la extracción en posterior con fórceps de tracción en el eje tipo DeWees, Hawks-Dennen, etc.

Occípito-transversas

Aunque la mayoría rotan a variedad anterior espontáneamente o con rotación digital, las transversas detenidas ocasionan distocia. En estos casos, la rotación digital es aún más fácil y su fracaso se debe a que se trata de una pelvis platipeloide o una cabeza profundamente encajada y moldeada. Ante esta eventualidad se puede realizar la rotación instrumental a variedad anterior, en caso de fracaso se puede intentar la rotación a posterior o bien la extracción en transversa u oblicua. El fórceps más recomendable en estos casos es el Kielland.

OTRAS DISTOCIAS

Distocia de hombros

Es una complicación que se presenta entre el 0,2% y el 2% de los partos y representa una emergencia obstétrica porque puede causar lesiones permanentes o muerte del neonato (Acker et al, 1985). Ocurre cuando el descenso del hombro anterior es obstruido por la sínfisis del pubis o, en un pequeño número de casos, cuando el hombro posterior es obstruido por el promontorio.

El diagnóstico se hace porque una vez que sale la cabeza fetal el resto del cuerpo queda atrapado y no

sale con las maniobras normales de parto eutócico. Se observa que la cabeza fetal se retrae contra el periné y no hace la rotación externa, lo que se ha llamado el signo de la tortuga. La distocia de hombros ocurre porque hay una desproporción entre el tamaño fetal y la capacidad pélvica materna y se presenta más frecuentemente en las siguientes condiciones: edad gestacional mayor o igual a 42 semanas, diabetes mal controlada, peso materno mayor de 90 kg, antecedentes de feto voluminoso y de distocia de hombros, feto masculino y peso fetal estimado mayor de 4 000 g (Acker et al, 1985).

Una vez que se hace el diagnóstico, el manejo debe ser rápido y delicado para evitar lesiones como la parálisis del plexo braquial, daño neurológico o fracturas de clavícula. Se han descrito muchas maniobras para el manejo de las distocias de hombros, lo ideal es estar preparado con una secuencia de medidas y maniobras que son las siguientes (ACOG, 1991; O'Leary and Leonetti, 1990; Agüero, 1991; Benedetti, 1996):

1. Se debe solicitar de inmediato la cooperación de un anesthesiólogo, un pediatra y un ayudante. Se debe drenar la vejiga si está distendida.
2. Ampliar la episiotomía.
3. Realizar una **maniobra de Kristeller** suave, que consiste en la presión sobre el fondo uterino, conjuntamente con **maniobra de McRoberts**, que consiste en soltar las piernas de la madre de la mesa ginecológica, flexionarlas fuertemente y desplazarlas hacia afuera con el fin de que se desenganche el hombro anterior.
4. **Maniobra de Woods**, que consiste en introducir la mano por la espalda fetal y rotar el hombro posterior 180°, con el fin que se desenganche el hombro anterior.
5. El parto del hombro posterior, que consiste en introducir la mano para tomar el brazo posterior fetal y pasarlo por delante del tórax y cara fetal, para luego extraerlo, con lo que se disminuye el diámetro interescapular y se desengancha el hombro.
6. **Maniobra de Rubin**, que consiste en introducir la mano con el fin de desplazar uno de los hombros hacia el tórax.
7. **Maniobra de Zavanelli**, que consiste en desplazar la cabeza hacia arriba, para luego realizar una cesárea.
8. Se ha descrito el uso de la cleidotomía, la sinfiotomía y la embriotomía, pero sólo en casos de que fracasen las maniobras anteriores, preferiblemente en caso de feto muerto (ver cap. 42).

De las maniobras antes descritas, la de McRoberts acompañada de presión suprapúbica, es la de primera elección para el manejo de la distocia de hombros porque se ha visto una mayor eficacia y una menor morbilidad cuando se compara con el resto de las maniobras (McFarland et al, 1996; Gherman et al, 1997).

Parto múltiple

Generalmente el parto múltiple cursa sin problemas, aunque son posibles ciertas complicaciones como: colisión y enganche en el estrecho superior y el parto de gemelos unidos. Estas complicaciones son evaluadas en el capítulo 20.

CONCLUSIONES

Para que ocurra el parto, el feto debe oponer sus menores diámetros a los mayores de la pelvis, por tanto, si el feto tiene anomalías del desarrollo tipo feto voluminoso, hidrocefalia, etc. el parto vaginal puede ser imposible aunque la pelvis sea normal. Así mismo, el feto generalmente se presenta en cefálica y debe seguir los llamados "movimientos cardinales del parto", para que ocurra la flexión y no se presente de cara, frente o bregma y, además, debe rotar a una variedad anterior para que no ocurran las distocias por occípito-posteriores y occípito-transversas.

La presentación fúnica y la compuesta también pueden ocasionar distocia, además de que pueden producir una elevada mortalidad fetal, a menos que el problema no se resuelva rápidamente. La distocia de hombros es una complicación frecuente en fetos voluminosos y existen una serie de maniobras para resolver el problema, antes de recurrir a la cleidotomía.

REFERENCIAS

Acker DB, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1985; 66(6):762-8.

- Agüero O. Distocia de hombros. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991; 51(2):87-98.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal macrosomía. Washington: ACOG Technical Bulletin 1991; No. 159.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of breech presentation. Washington: ACOG Technical Bulletin 1986; No. 95.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative vaginal delivery. Washington: ACOG Technical Bulletin 1991; No. 152.
- Barret JM. Funic reduction for the management of umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol* 1995; 165:654-7.
- Benedetti TJ. Shoulder dystocia. In: Queenan JT, Hobbins JC, editors. *Protocols for high risk pregnancies*. 3th ed. Cambridge: Blackwell Science Inc., 1996.
- Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137(2):235-44.
- Cruikshank DP, White CA. Obstetrics malpresentations: twenty year's experience. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116(8):1097-104.
- Duff P. Diagnosis and management of face presentation. *Obstet Gynecol* 1981; 57(1):105-12.
- Escaramilla JO, Carlan SJ. One blade rotation of a persistent posterior vertex. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 373-4.
- Fernández J, Loreto C, Esaa H, Fleitas F. Fórceps de Smith en cabeza última. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993; 53(4):231-36.
- Gherman RB, Goodwin TM, Souter I, Neumann K, Ouzounian JG, Paul RH. The McRoberts' maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(3):656-61.
- Gimovsky M, Petrie R. The intrapartum management of the breech presentation. *Clin Perinatol* 1989; 16(4):975-86.
- Graves WK. Breech delivery in twenty years of practice. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137(2):229-34.
- Holmberg NG, Lilieqvist B, Magnusson S, Segerbrand E. The influence of bony pelvis in persistent occiput posterior position. *Acta Obstet Gynecol Scan (Suppl)* 1977; 66:49-54.
- Kalaidzhieva M, Vakrilova L, Iarukova N, Popivanova A. Struktura na neonatalnata smurnost pri detsa, rodeni v glavichno i sedalishtno predlezhanie za perioda 1992-1994. *Akush Ginekol Sofiia* 1996; 35(3): 14-7.
- Lau TK, Kit KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(1 Pt 1): 218-23.
- Marquette GP, Boucher M, Theriault D, Rinfret D. Does the use of a tocolytic agent affect the success rate of external cephalic version?. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(4 Pt 1): 859-61
- McFarland MB, Langer O, Piper JM, Berkus MD. Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 55(3): 219-24
- O'Leary JA, Leonetti HB. Shoulder dystocia: prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(1):5-9.
- Phelan JP, Boucher M, Mueller E, McCart D, Horenstein J, Clark SL. The nonlaboring transverse lie: a management dilemma. *J Reprod Med* 1986; 31(3):184-6.
- Seeds JW, Cefalo RC. Malpresentation. *Clin Obstet Gynecol* 1982; 25(1):145-56.
- Van Dorsten JP, Schifrin BS, Wallace RL. Randomized control trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141(4):417-24.
- Weissberg SM, O'Leary JA. Compound presentation of the fetus. *Obstet Gynecol* 1973; 41(1):60-4.
- Zhang J, Bowes WA, Fortney JA. Efficacy of external cephalic version: a review. *Obstet Gynecol* 1993; 82(2):306-12.