

TEMA 33

DISTOCIAS MECÁNICAS Y TRAUMATISMOS OBSTÉTRICOS FETALES

Autora

Gema del Pliego Pilo

Nomenclatura para las etiquetas de las oposiciones de los Servicios Sanitarios

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AVS: Agencia Valenciana de salud • Ayto-MADRID: Ayuntamiento de Madrid • CEX: Convocatoria Extraordinaria • CP: Caso práctico • DF: Defensa • DSP: Diplomado de Salud Pública • EIR: Enfermera Interna Residente • EP: Especialidad de Pediatría • ET: Enfermería del Trabajo • EXCEP: Vía Excepcional Especialidad de Pediatría • FS: Fisioterapia • Ib-Salut: Servicio de Salud de las Islas Baleares • INGESA: Servicio de Salud de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla – Instituto Nacional de Gestión Sanitaria • JCCM: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha • MT: Matronas • PI: Promoción Interna • R: Pregunta de reserva | <ul style="list-style-type: none"> • SACYL: Servicio de Salud de Castilla y León • SALUD: Servicio Aragonés de Salud • SAS: Servicio Andalúz de Salud • SCANS: Servicio Canario de Salud • SCANTS: Servicio Cántabro de Salud • SCS: Servicio Catalán de Salud • SERGAS: Servicio Gallego de Salud • SERMAS: Servicio Madrileño de Salud • SES: Servicio Extremeño de Salud • SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha • SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias • SM: Salud Mental • SMS: Servicio Murciano de Salud • SNS-OSA: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea • SRS: Servicio Riojano de Salud • SUP: Supuesto Práctico • SVS-OSAK: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud • UG: Urgencias |
|--|--|

MANUAL DIDÁCTICO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONA).
Contenidos y desarrollos

FUDEN © 2021
 Calle Veneras, 9. 5ª planta – 28013 Madrid
www.fuden.es

Coordinación editorial: Alberto Maganto García, Gema del Pliego Pilo, María Paz Alarcón Diana.

Autores y revisores: Aroa Cortínez López, Beatriz Magro del Pozo, Beatriz Sanz Escribano, Carmen María Rodríguez del Olmo, Elena Cristina Vázquez Feito, Gema del Pliego Pilo, Irene Beato Martínez, María Paz Alarcón Diana, Teresa Aguilera Gómez, Teresa Jiménez Valmorisco.

Colaboradores: Alaitz Garitaonandia Monteagudo, Alejandro García Díaz, Alicia Neira Sánchez, Amaya de la Carrera Ilarduya, Ana Belén Leal Leal, Ana Brun Valverde, Ana I. Bejarano Vicario, Ana Isabel Navas Corral, Antonio Quintero López, Aroa Vaello Robledo, Begoña Arruti Sevilla, Carmen Mejías Paneque, Carolina López Lapeyriere, Cecilia Ontiveros Martín, Cristina Collado Hernández, Cristina Muriel Miguel, Cristina Ramírez Gavilán, Dolores Marín Morales, Elisa Corrales Civantos, Encarnación Luna Avilés, Esther Díaz Jiménez, Eugenia de la Torre Escribano, Francisco Javier Riesco González, Ignacio Seijas Sánchez, Irene Juárez Pérez, José Carlos López García, José Luis Álvarez Gómez, Juana Macías Seda, Laura África Villaseñor Roa, Laura Cuendes Romero, Leonor Ramírez Gavilán, María Antonia Ortiz Hidalgo, María Auxiliadora González Martínez, María Concepción Real Hernández, María Inmaculada Ruiz Torras, María Isabel Martín Medina, María José Fernández Cruz, María Luisa Pontes Romero, María Mercedes Martín Funes, María Fernández Alcalde, María Gálvez González, María José Ramón del Carmen, María Lourdes Denche Parra, María Nuñez Vivas, Mercedes Redondo Escudero, Nieves Rojo Cabrera, Paloma Martínez Serrano, Patricia Pérez de la Hija, Paula Soto Macía, Pilar Toledano González, Raquel Ambrojo Sánchez, Rita Salvador López, Susana Gil Núñez, Susana Marcos Jurado, Susana Toro Molina, Verónica Camacho Vicente, Vicente Velázquez Vázquez, Yolanda Gonzalo Casquete.

Edición Digital: Mayo 2022

ISBN: 978-84-18671-65-4

Depósito Legal: M-15168-2022

Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro sin el permiso previo de los titulares del Copyright. Las fotografías han sido cedidas por los autores y se prohíbe la reproducción total o parcial de las mismas.

Índice

Tema 33

Distocias mecánicas y traumatismos obstétricos fetales

1. Distocias en presentación cefálica	5
1.1. Asinclitismos.....	5
1.2. Presentación de Roederer	5
1.3. Parto de vértice en occipito-posterior	5
1.4. Parto en presentación de cara	6
1.5. Parto en presentación de frente	7
1.6. Parto en presentación de bregma o sincipucio	8
2. Parto en presentación de nalgas, podálica o pelviana.....	9
2.1. Etiología	9
2.2. Diagnóstico	10
2.3. Mecanismo del parto.....	10
2.4. Conducta anteparto.....	12
2.5. Actuación en el parto	16
2.6. Pronóstico.....	19
2.7. Elección de la vía del parto.....	19
3. Situación transversa	20
3.1. Etiología	20
3.2. Diagnóstico	21
3.3. Conducta	21
4. Distocia de hombros	22
4.1. Factores de riesgo.....	22
4.2. Actuación	23
4.2.1. Maniobras de primer nivel	23
4.2.2. Maniobras de segundo nivel.....	26
4.2.3. Maniobras de tercer nivel	26
5. Distocias del canal óseo del parto.....	26
5.1. Tipos de pelvis	26
5.2. Diagnóstico de las distocias del canal óseo del parto	26
5.3. Evolución del parto con estenosis del estrecho superior.....	26
5.4. Evolución del parto con estenosis del estrecho inferior	28
5.5. Desproporción pélvico-cefálica.....	28

6. Distocias del canal blando del parto.....	29
6.1. Distocias cervicales	29
6.2. Distocias vaginales.....	29
6.3. Distocias vulvares.....	29
6.4. Distocias por tumor previo	29
7. Traumatismos obstétricos fetales.....	29
7.1. Factores predisponentes	29
7.2. Cefalohematoma.....	31
7.3. Fracturas craneales	31
7.4. Fractura de clavícula	31
7.5. Lesiones del sistema nervioso central (SNC)	31
7.6. Lesiones de nervios periféricos.....	31
8. Bibliografía.....	32

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
79.117.225.106

1. Distocias en presentación cefálica

1.1. Asinclitismos

Los asinclitismos se deben a flexiones laterales de la columna cervical que hacen que un parietal descienda más que el otro en el canal del parto. Se distinguen dos variedades, ambas son normales pero si son asinclitismos marcados, mantenidos y asociados a deflexión, acabalgamiento de los parietales, mala progresión del parto, etc, hace sospechar una desproporción pélvico-cefálica:

- **Asinclitismo anterior u oblicuidad de Naegele:** la sutura sagital está hacia atrás y por tanto es el parietal anterior el que desciende más. El parietal anterior utiliza como punto de apoyo el pubis y el parietal posterior gira sobre el promontorio.
- **Asinclitismo posterior u oblicuidad de Litzman:** la sutura sagital se encuentra hacia delante y por ello se presenta el parietal posterior. Frecuente en los casos de vientre péndulo. Es un mecanismo desfavorable. El parietal anterior tropieza con el pubis.

1.2. Presentación de Roederer

Se denomina así a una modalidad de parto de vértice en el que la cabeza se encuentra en flexión forzada desde antes del encajamiento. Se trata de un mecanismo de parto que se produce en pelvis pequeñas uniformemente reducidas.

1.3. Parto de vértice en occipito-posterior

En el mecanismo de parto normal, el encajamiento de la presentación puede realizarse en

posiciones posteriores, situándose el occipucio en la zona sacra. Se da con una frecuencia entre 2-8% de los expulsivos. Se da más la OIDP.

• Complicaciones:

- Maternas: dolor acentuado en zona lumbar, trabajo de parto prolongado, mayor índice de intervencionismo en el parto, partos instrumentales, laceraciones severas del periné y cesáreas.
- Fetales: mayor incidencia de líquido teñido, mayores tasas de Apgar <7 a los 5 minutos, mayor traumatismo en el nacimiento, pero menor tasa de distocia de hombros, aunque si ésta se produce mayor tasa de lesión del plexo braquial.

• Etiología:

- Causas fetales: fetos pequeños o con alteraciones de la forma de la cabeza, tales como dolicocefalia o braquicefalia, cabeza más deflexionada, peso >4 kg.
- Causas maternas: alteraciones pelvianas (pelvis androide o antropoide), abdomen péndulo, el cual dificulta la rotación anterior de la cabeza fetal. Relajación del suelo pélvico, nuliparidad, >35 años, baja estatura, cesárea anterior, baja estatura y embarazos prolongados.

• Mecanismo del parto:

La posición es diagnosticada por exploración vaginal, contorno abdominal (el abdomen parece cóncavo especialmente la zona umbilical), clínica y ecografía.

Se recomienda modificar la posición materna durante el trabajo de parto, porque determinadas posturas pueden favorecer la rotación fetal a posiciones anteriores. Estas posturas son cuadrupedia, decúbito lateral hacia el dorso fetal y Sims hacia el dorso o contraria. Lo principal será la comodidad de la mujer.

Una vez alcanzado el tercer plano, el bregma queda apoyado bajo el pubis. La cabeza debe flexionarse más para que asome por la vulva la fontanela menor. Lentamente irá saliendo todo el occipucio, tras lo cual se produce una deflexión de la cabeza, saliendo por completo al exterior. El parto de hombros evoluciona como cualquier parto normal de vértice (Figura 1).

p131
SAS 2019

p132
SAS 2019

p61
Ib-Salut 2019

1.4. Parto en presentación de cara

Se trata de una variedad de presentación cefálica en el que existe un grado máximo de deflexión de la cabeza fetal. El punto guía de la presentación es el mentón y el diámetro que ofrece la presentación es el submentobregmático (9,5 cm) cuya dimensión es igual al utilizado por la presentación de vértice (Figura 2).

Existen dos variedades: primitiva, cuando la cabeza está completamente deflexionada antes del parto, y secundaria cuando iniciado el parto en deflexión parcial, ésta se hace completa en el transcurso del mismo.

• Etiología:

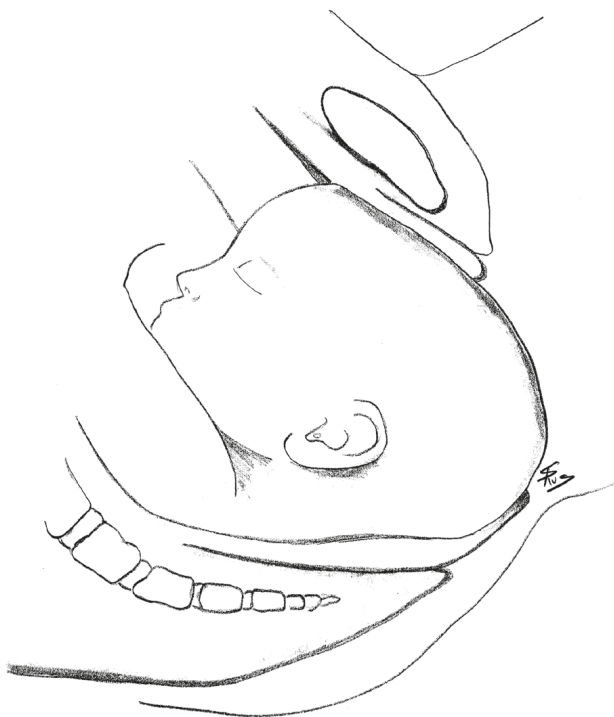
- Malformaciones fetales: tumores de cuello, anomalías cefálicas, alteraciones de la columna.
- Causas maternas: anomalías pelvianas, multiparidad.
- Causas de los anejos: circulares de cordón, hidramnios, rotura prematura de membranas.

• Diagnóstico:

- Maniobras de Leopold: se aprecia que el dorso fetal termina en una depresión brusca que se continúa con un saliente correspondiente al occipucio fetal ("signo del hachazo").
- Ecografía.
- Tacto vaginal: según avance la dilatación se irán distinguiendo las distintas partes de la cara. Debido al edema que se forma, puede que se confunda la cara con las nalgas. El "signo de Beck" nos ayuda a diferenciarlo. Consiste en la palpación de un triángulo formado por los pómulos y la boca, mientras que el ano y los isquiones forman una línea.

FIGURA 1

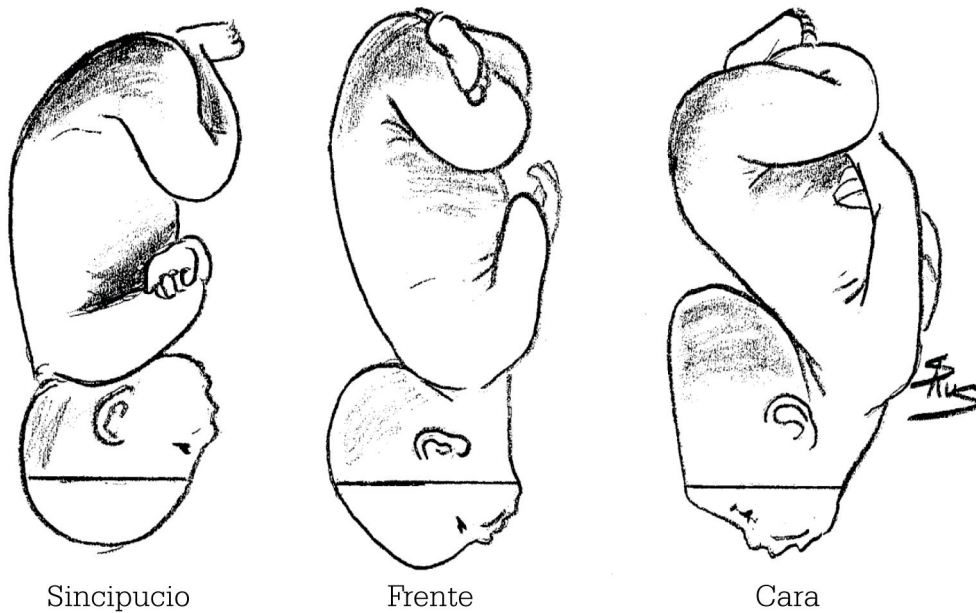
Presentación occipito-posterior



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 2

Variedades deflexionadas de la presentación cefálica



Sincipicio

Frente

Cara

Fuente: Elaboración propia.

El diagnóstico de la posición se hace relacionando el mentón con los distintos puntos de la pelvis.

- **Mecanismo del parto:**

Para poder penetrar en la pelvis, la cabeza debe estar completamente deflexionada. La cabeza debe encajarse en posición mento-anterior o mento-pública, dado que el parto en mento-posterior o mento-sacra es imposible, puesto que el macizo que forma el occipital con los parietales no puede adaptarse a la región subpubiana.

Una vez que el mentón se apoya bajo el pubis, se produce una gran flexión, de forma que toda la cabeza va descendiendo, asomando por la vulva la cara precedida por el mentón, luego la frente y por último el resto de la cabeza. Tras la salida de la cabeza tiene lugar la rotación externa para que se efectúe el parto de hombros del mismo modo que en la presentación de vértice.

- **Conducta:**

El parto es lento y difícil. El feto sufre fenómenos plásticos importantes con acabalgamiento de huesos y cara edematosa. Además, el estiramiento de los músculos del cuello hace que se produzca una parésia de los mismos durante algunos días tras el parto.

Por lo general se recurre habitualmente a la cesárea. Se puede intentar parto vaginal en caso de multiparidad, ausencia de patología concomitante y parto que evoluciona con rapidez con feto no grande, recurriendo a la cesárea en caso de que la rotación se inicie hacia mento-posterior (Figura 3).

1.5. Parto en presentación de frente

Se trata de una variedad de parto de cara en el cual no se produce una

p53
SERMAS
2018

deflexión máxima de la cabeza, sino que se produce una deflexión media, situándose la frente en el centro de la presentación, mostrando el diámetro occipitomentoniano el cual mide 13,5 cm (Figura 2).

- **Diagnóstico:**

A través del tacto vaginal se puede apreciar la frente en el centro de la pelvis, con el bregma hacia un lado y los ojos y la arcada superciliar al otro. El punto guía de la presentación es la sutura metópica o la nariz, distinguiéndose 4 variedades: nasoiliaca izquierda o derecha anterior y nasoiliaca izquierda o derecha posterior.

- **Mecanismo del parto:**

Como el diámetro presentado es el mayor de la cabeza fetal, la desproporción pélvico-cefálica es la complicación más común.

El parto sólo es posible en fetos pequeños y exige un gran moldeamiento de la cabeza. El diámetro mayor de la cabeza atravesará casi siempre el estrecho superior por un diámetro transverso y luego rotará a na-

sopúbica, apoyándose la raíz de la nariz bajo el pubis y efectuándose dos movimientos en el momento del desprendimiento, uno de flexión hasta la salida del occipucio y otro de extensión hasta desprenderse totalmente la cabeza.

- **Conducta:**

Tras el diagnóstico, si las dimensiones pélvicas son adecuadas, se puede establecer una conducta expectante para ver si ocurre la conversión a una presentación más favorable. La presentación de frente persistente es indicación de cesárea.

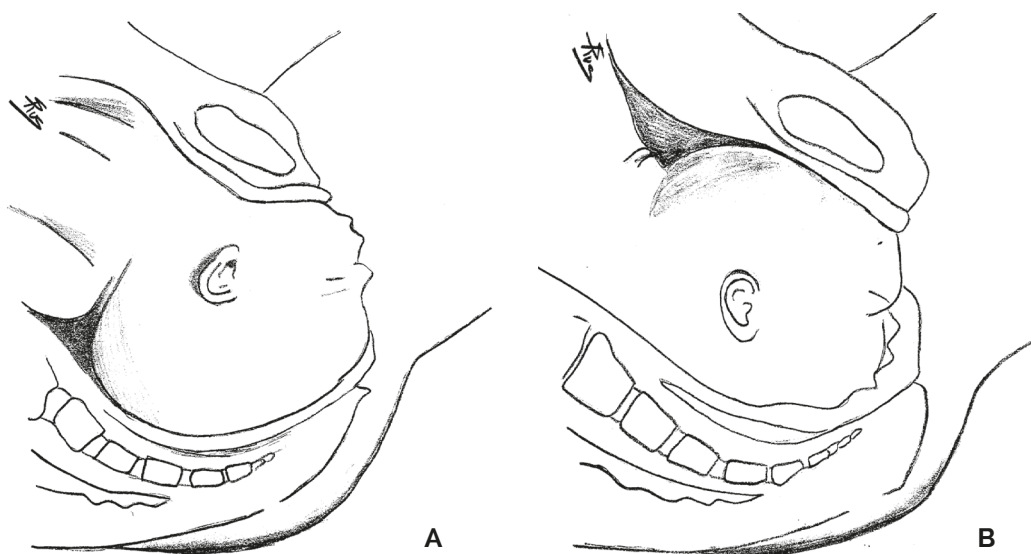
1.6. Parto en presentación de bregma o sincipucio

Se trata de una variedad de presentación cefálica en la que existe una deflexión mínima de la cabeza fetal. El occipucio y la frente se encuentran al mismo nivel en la pelvis materna (actitud militar) (Figuras 2 y 4).

El punto guía de la presentación es la fontanela mayor o bregmática y el diámetro que se ofrece a la pelvis en el occipitofrontal (12 cm).

FIGURA 3

Presentación de cara



Fuente: Elaboración propia.

- **Diagnóstico:**

A través del tacto vaginal se observa que la cabeza se mantiene con ligera deflexión, ocupando la zona bregmática el centro de la pelvis.

- **Mecanismo del parto:**

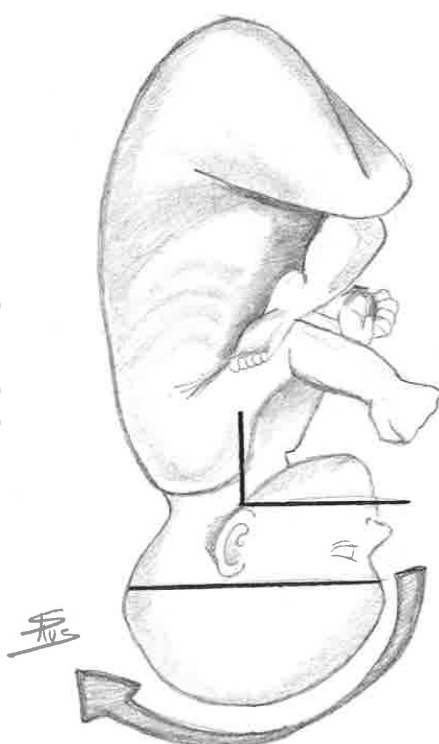
Se produce la acomodación del diámetro occipitofrontal a uno de los diámetros

oblicuos o transversos del estrecho superior.

El encajamiento es lento y el bregma tiende a rotar hacia delante. La frente aparece por debajo del pubis mientras que el occipucio se desliza por el plano perineal. El mecanismo del parto recuerda al que ocurre en occipitoposterior.

FIGURA 4

Presentación deflexionada de sincipicio



Fuente: Elaboración propia.

2. Parto en presentación de nalgas, podálica o pelviana

Es aquel en el que el polo pelviano del feto se encuentra en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna. Su frecuencia es de 3-4% de las gestaciones a término.

2.1. Etiología

Es habitual que el feto esté en presentación de nalgas hasta la semana 28- 32 de gesta-

ción. Gracias a su movilidad en el interior del útero, modifica su estática y sobre esas semanas realiza una versión espontánea colocándose en cefálica. A partir de la semana 32 es más improbable la versión, pero es posible, más frecuentemente en múltiparas y polihidramnios.

Para estudiar los tipos de presentación podálica ver **tema Parto I**.

Existen una serie de factores que predisponen a la presentación de nalgas.

- **Maternos:**
 - Anomalías uterinas: útero tabicado, útero bicornue o unicornue.
 - Tumores uterinos (miomas) o pelvianos.
 - Pelvis estrechas o con deformidades.
 - Pimiparidad.
- **Fetales:**
 - Prematuridad: es probablemente el factor que más contribuye.
 - Gestación múltiple.
 - Feto sexo femenino
 - Anomalías fetales: hidrocefalia, anencefalia, cromosomopatías, onfalocele.
- **Ovulares/fetales:**
 - Placenta previa o inserción baja de placenta.
 - Oligoamnios o polihidramnios.
 - Cordón corto, circulares de cordón.

2.2. Diagnóstico

Se conocen tres maneras de averiguar la presentación fetal:

- **Maniobras de Leopold:** con la primera maniobra se comprueba que la cabeza fetal se encuentra en el fondo uterino. Con la

tercera y cuarta se palpa que en relación con la pelvis materna existe un polo blando e irregular y que no pelotea.

- **Tacto vaginal:** adquiere gran valor sobre todo cuando la bolsa está rota. Existen una serie de referencias que ayudarán al diagnóstico, como el orificio anal en el surco interglúteo, en cuyo extremo opuesto se encuentran los genitales. Las nalgas se edematizan con frecuencia, lo cual dificulta la diferenciación con una presentación de cara. El signo de Beck ayuda a hacer el diagnóstico (malares y boca forman un triángulo, mientras que ano e isquiones forman una línea).
- **Ecografía:** con la que comprobamos lo que hemos apreciado a través de la palpación.

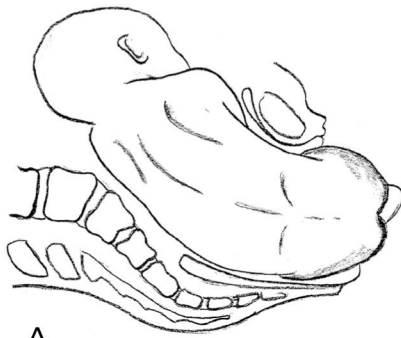
2.3. Mecanismo del parto

En el parto en presentación de nalgas se han descrito tres tiempos diferentes: *parto de las nalgas*, *parto de los hombros* y *parto de la cabeza*.

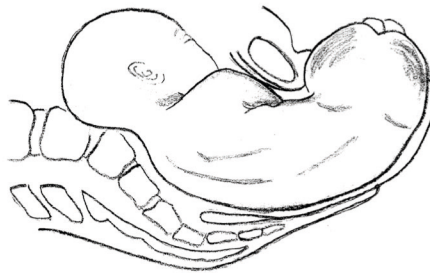
1. Acomodación del polo pelviano al estrecho superior.
2. Descenso y encajamiento del diámetro bitrocantéreo a uno de los diámetros oblicuos de la pelvis con el dorso en anterior.
3. Acomodación del polo pelviano al estrecho inferior mediante rotación, para hacer coincidir el diámetro bitrocantéreo con el anteroposterior.
4. Desprendimiento del polo pelviano, primero se desprende la nalga anterior y luego la posterior, y rotación externa.
5. Acomodación de los hombros al estrecho superior.
6. Descenso y encajamiento de los hombros siguiendo el mismo diámetro oblicuo que las nalgas.

FIGURA 7

Mecanismo de parto de nalgas



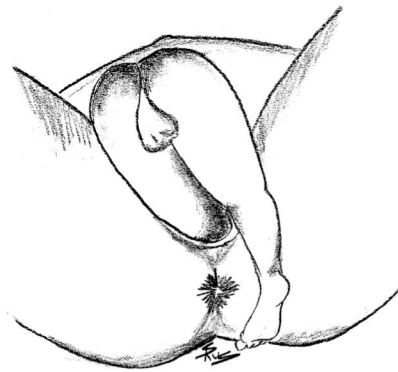
A



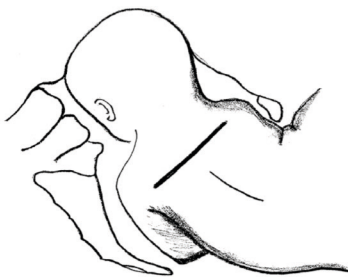
B



C



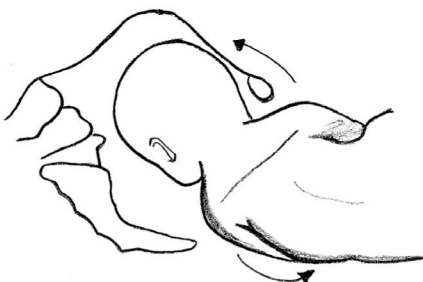
D



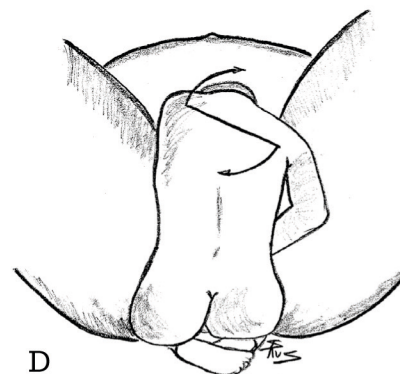
A



B



C



D

Fuente: Elaboración propia.

7. Acomodación de los hombros al estrecho inferior mediante rotación, para hacer coincidir el diámetro bisacromial con el anteroposterior.
8. Desprendimiento de los hombros. Al mismo tiempo la cabeza se encaja y desciende.
9. Acomodación de la cabeza al estrecho inferior, situándose el occipucio debajo de la sínfisis.
10. Desprendimiento de la cabeza mediante flexión (Figura 7).

2.4. Conducta anteparto

- **Control materno-fetal**

Debido a que la existencia de malformaciones fetales es más frecuente en este tipo de presentación, es necesario extremar el estudio ecográfico. También es importante la valoración del peso fetal.

- **Descartar anomalías pélvicas, uterinas y de los anejos.**

- **Versión cefálica externa (SEGO 2014)**

Se recomienda la versión cefálica externa para reducir la tasa de presentaciones podálicas a término (grado recomendación A).

Son el conjunto de maniobras que, mediante manipulación externa a través del abdomen materno, buscan convertir la presentación fetal en cefálica, que tienen una mayor probabilidad de parto vaginal normal y menor riesgo de complicaciones. Es una técnica segura y sencilla que no requiere grandes medios.

Se debe realizar en un área quirúrgica, por la posibilidad de una cesárea urgente y con un ecógrafo durante todo el procedimiento para ir comprobando la presentación fetal y la frecuencia cardíaca fetal.

Indicaciones:

- Todas las gestantes que presenten un feto en presentación diferente de la cefálica.
- Feto a término (≥ 37 semanas). Si bien practicar la versión a las 34-35 semanas se ha asociado a una mayor tasa de éxito, no conlleva una disminución de la tasa de cesáreas y puede aumentar el riesgo de parto pretérmino.
- No presentar ninguna contraindicación.

- **Contraindicaciones:**

Existe poco consenso en la literatura pero hay ciertas circunstancias que son consideradas como contraindicaciones absolutas por la mayoría de los autores.

- **Contraindicaciones absolutas:**

- ✓ Situaciones que por sí mismas sean indicación de cesárea: placenta previa oclusiva, tumor previo, malformaciones fetales que condicionen la vía de parto....
- ✓ Gestación múltiple (salvo para parto del segundo gemelo, tras nacimiento del primero).
- ✓ Malformación uterina.
- ✓ Feto muerto.
- ✓ Compromiso fetal.
- ✓ Antecedentes de desprendimiento de placenta o signos de desprendimiento placentario.
- ✓ Preeclampsia grave/síndrome HELLP.
- ✓ Isoinmunización Rh.
- ✓ Oligoamnios severo (columna máxima < 2 cm).

- **Contraindicaciones relativas:**

- ✓ Estas situaciones deberán ser evaluadas individualmente
- ✓ Cardiopatía materna.
- ✓ Bolsa amniótica rota.

- ✓ Fase activa de parto.
- ✓ Malformación fetal grave.
- ✓ Dos cesáreas anteriores.
- ✓ Alteraciones de la coagulación.

- **Situaciones Clínicas especiales:**

- Cesárea previa. No existen aún estudios de suficiente calidad para realizar recomendaciones con total seguridad. Los estudios realizados indican que la tasa de éxito de la VCE en mujeres con antecedente de cesárea es similar a la de secundigestas, y los riesgos, al igual que en el resto de las mujeres, mínimos. El antecedente de cesárea no parece ser razón para no intentar una versión cefálica externa.
- Fase activa de parto. Existen muy pocos datos disponibles sobre el intento de versión cefálica externa durante el trabajo de parto. Parece que el intento de VCE en fase activa de parto es un procedimiento factible, con especial probabilidad de éxito si se utiliza un tocolítico y si se trata de una paciente multipara.

- **Factores asociados al éxito:**

La tasa media de éxito de la VCE es un 50% (entre el 40% y el 78%), dependiendo de la experiencia del equipo y los criterios de selección.

- Paridad: la multiparidad se asocia a mayor probabilidad de éxito.
- Cantidad de líquido amniótico: a mayor cantidad de líquido amniótico, mayor probabilidad de éxito.
- Localización de la placenta: la localización posterior se asocia a mayor probabilidad de éxito que la placenta anterior.
- Variedad de nalgas: la presentación de pies se asocia a mayor probabilidad de éxito que la presentación de nalgas puras. (Figura 8)

- **Factores no asociados al éxito:**

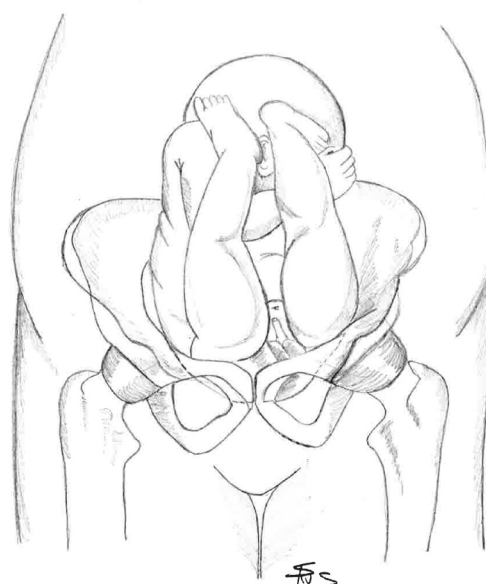
- Edad materna.
- Edad gestacional.
- Cicatriz uterina.
- Peso fetal.

- **Complicaciones:**

La versión cefálica externa es un procedimiento seguro tanto para la madre como para el feto. La mayoría de las complicaciones son leves: alteración transitoria en el registro cardiotocográfico (aproximadamente 5%) o sangrado vaginal autolimitado.

FIGURA 8

Presentación de nalgas puras



Fuente: Elaboración propia.

En caso de complicaciones que supongan un compromiso para el bienestar fetal, se realizará una cesárea urgente (0,35%-2%). El riesgo de mortalidad fetal es muy bajo (0,02-0,8%).

- **Dolor en la VCE y uso de analgesia:**

La versión es un proceso doloroso para la paciente. La bibliografía lo describe de intensidad moderada y duración breve. El

dolor supone la principal razón por la que las pacientes rechazan el procedimiento.

El uso de analgesia durante la versión disminuye el dolor, mejora la experiencia de la paciente y la aceptabilidad del procedimiento. Existen varias estrategias analgésicas (el óxido nitroso inhalado, remifentanilo intravenoso y la analgesia/anestesia regional) no habiendo consenso que indique cuál es la mejor estrategia analgésica para la VCE.

- **Procedimiento:**

Es aconsejable que la paciente acuda al centro en ayunas. Tras el ingreso se realizará:

- Ecografía para determinar: cantidad de líquido amniótico, biometría, estimación de peso, tipo de presentación y actitud de la cabeza fetal.
- Analítica preoperatoria (opcional).
- Cardiotocografía (test basal no estresante).
- Se procederá al vaciamiento vesical (preferentemente por micción espontánea).
- Administración de un agente tocolítico de elección: Ritodrine 200 $\mu\text{g}/\text{min}$ iv. antes de comenzar, manteniéndolo mientras dure el procedimiento.
- El procedimiento se realizará en un área quirúrgica por la posibilidad de una cesárea urgente y con disponibilidad de ecógrafo para comprobar presentación fetal y frecuencia cardíaca fetal a lo largo de procedimiento cada 30 segundos.
- Se practicarán un máximo de cuatro intentos de versión, pudiéndose repetir semanalmente en caso de fracaso.
- Tras el procedimiento, tanto si ha tenido éxito como si no, la paciente permanecerá en observación durante 1 hora, durante la cual se le practicará un re-

gistro cardiotocográfico de 30-45 minutos de duración.

- Se prestará especial atención a la aparición de dolor abdominal, hemorragia vaginal o inicio de parto.
- A las pacientes Rh negativas se les administrará gammaglobulina anti-D.

- **Técnica:**

El procedimiento se realizará con la paciente en decúbito supino con el abdomen descubierto, en posición de ligero Trendelenburg y con la vejiga vacía. Se aplicará gel sobre el abdomen de la paciente para reducir la fricción y facilitar el desplazamiento de las manos del ginecólogo.

Tras valorar la situación de ambos polos fetales y su grado de encajamiento, se realiza un movimiento de desplazamiento de la nalga fetal con el objetivo de liberarla de la pelvis (movimiento clave del procedimiento). Para llevarla a cabo se presiona con la mano por detrás de la sínfisis del pubis y se desplaza cranealmente la nalga fetal. En ocasiones puede ser útil para lograr la versión, desplazar la cabeza fetal hacia uno de los lados, pero nunca intentar bajar la cabeza hasta la pelvis sin que ésta esté libre de las nalgas. Una vez la nalga está liberada se procede a girar al feto.

Según el sentido del giro existen dos técnicas:

- "Forward roll" o enrollamiento hacia delante, en la que se empuja el feto hacia su parte ventral (Figuras 9 y 11).
- "Back flip" o enrollamiento hacia atrás, en la que se empuja el feto hacia su espalda (Figura 10).

La maniobra se debe de hacer de forma suave pero firme (no brusco), de forma que las manos acompañen al feto en todo el camino.

FIGURA 9

Técnica de la VCE mediante enrollamiento hacia adelante ("forward roll")



FIGURA 10

Técnica de la VCE mediante enrollamiento hacia atrás ("back flip")

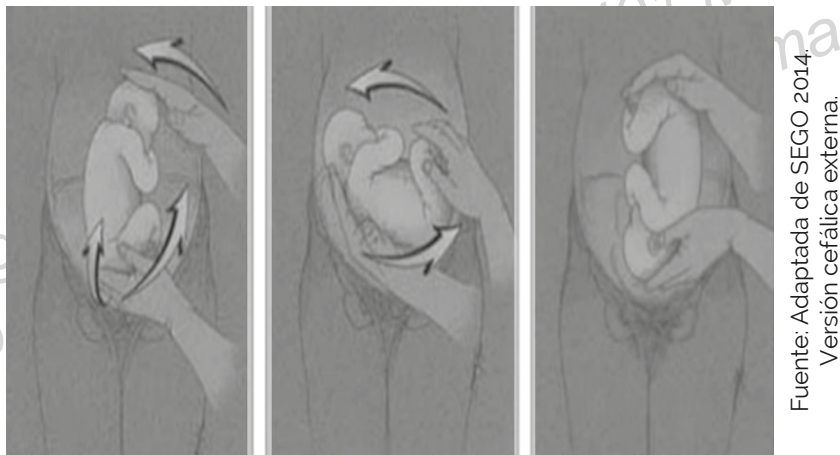
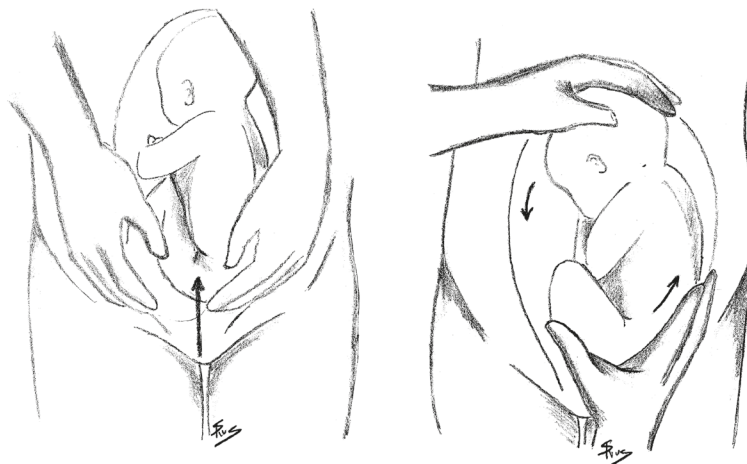


FIGURA 11

Versión externa



Fuente: Elaboración propia.

La versión se podrá repetir en caso de fracaso (no superar un máximo de 4 intentos). Si la paciente presenta una molestia excesiva o si se objetiva compromiso fetal, se deberá desistir del intento.

La tasa de reversión a podálica tras una versión exitosa es muy baja. La mayoría de los fetos mantienen su posición hasta el momento del parto. Salvo en casos excepcionales no se recomienda la inducción del parto tras la VCE.

2.5. Actuación en el parto

La mujer debe ser informada que la cesárea programada en la presentación podálica a término, reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal a corto plazo en comparación con el parto vaginal (grado de recomendación A).

La mujer debe ser informada que el parto vaginal de un feto único a término en presentación podálica, es una opción razonable en un hospital que disponga de un protocolo específico tanto para la selección de las candidatas, como para el control y atención del parto (grado de recomendación B).

Ni la paridad ni la edad materna son criterios excluyentes para un intento de parto por vía vaginal (grado de recomendación A).

El parto vaginal puede intentarse en casos de un feto con un crecimiento intrauterino fetal adecuado y un peso estimado inferior a 4000 gramos (grado de recomendación B).

La monitorización debe ser continua. Es mejor que la bolsa de las aguas permanezca íntegra, debido a que existe un riesgo elevado de prolapso de cordón. Se realizará con precaución cuando esté clínicamente indicada.

Es habitual la impregnación meconial del líquido amniótico al final del período de dilatación o durante el expulsivo, cuando las nalgas son comprimidas en el canal del parto.

Los partos vaginales en presentación de nalgas se asocian con acidosis fetal más frecuentemente que en las presentaciones cefálicas.

La administración de epidural se aconseja para facilitar las maniobras de extracción. No siendo indicación formal. Con dinámica uterina adecuada, se recomienda la práctica de una cesárea si la dilatación cervical se detiene durante dos horas o más (grado de recomendación C).

La duración de la fase pasiva del expulsivo puede durar hasta 90 minutos, para la fase activa se recomienda no sobrepasar los 60 minutos (SEGO 2011).

La conducta debe ser expectante hasta la salida del ombligo, momento en el cual mediante una ligera tracción del cordón se exteriorizará un asa del mismo, de unos 10-15 cm, para evitar su compresión. Esta compresión también puede evitarse colocando una valva que deprima el periné (maniobra de Lee) Posteriormente, la salida del feto puede ser asistida con la utilización de diferentes maniobras, las cuales se empezarán a llevar a cabo **siempre después de la salida del borde inferior del omóplato**:

- **Maniobra de Bracht:** una vez que aparece el borde inferior del omóplato se flexionan los muslos sobre el abdomen, con las palmas sobre la espalda fetal y los pulgares sobre los muslos y se bascula el dorso fetal sobre la sínfisis del pubis. Con esta maniobra se pretende la extracción de los hombros y la cabeza a la vez.

Es una de las maniobras más sencillas y menos traumática, por lo que es la primera que se debe realizar (Figura 12).

- **Maniobra de Müller:** se utiliza para el desprendimiento de los hombros. Colocando el diámetro bitrocantéreo fetal en sentido anteroposterior, se tracciona hacia abajo de los muslos fetales para desprender el hombro anterior y después hacia arriba para desprender el hombro posterior. (Figura 13).

- **Maniobra de Rojas-Lôwset:** se utiliza también para el desprendimiento de los hombros. Consiste en traccionar de los muslos hacia abajo rotando el dorso fetal 180°, con la finalidad de que el hombro posterior se transforme en anterior y se desprenda bajo el pubis, a continuación, se realiza una rotación en sentido contrario para desprender el otro hombro también bajo el pubis. El dorso es la parte fetal que ha de pasar bajo el pubis durante la rotación al realizar la maniobra (nunca el torso) (Figura 14).

p95
SACYL 2016

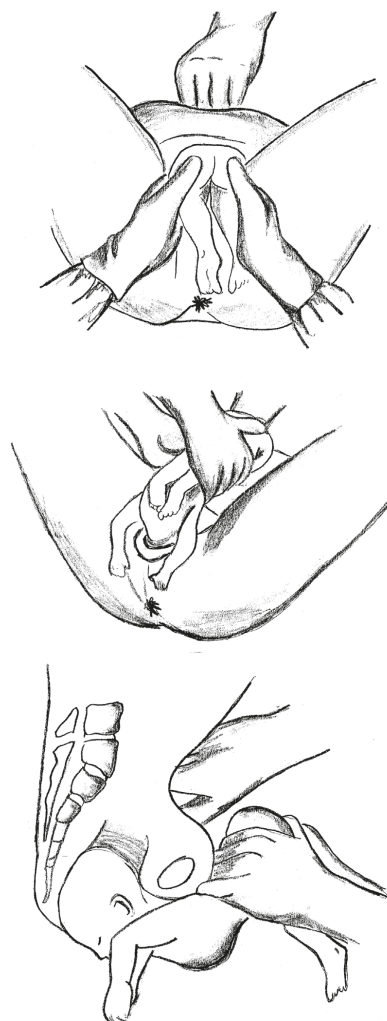
- **Maniobra de Mauriceau o de Veit-Smellie:** se utiliza para la extracción de la cabeza última. Se introduce la mano izquierda en vagina y los dedos índice y medio en la boca fetal. El feto cabalga sobre el dorso del brazo izquierdo. La mano derecha en forma de tenedor sobre el cuello del feto, con el dedo índice sobre el occipucio para ayudar a la flexión (Figura 15). Los dedos introducidos en la boca, flexionan la cabeza y la hacen rotar suavemente, elevando todo el feto y con ayuda de una presión ejercida en las paredes abdominales, sobre el pubis se consigue sacar al feto, esta presión es la *maniobra de Wiegand-Martin Winckel*.

p43
SNS-OSA
2018

p95
SACYL 2016

FIGURA 12

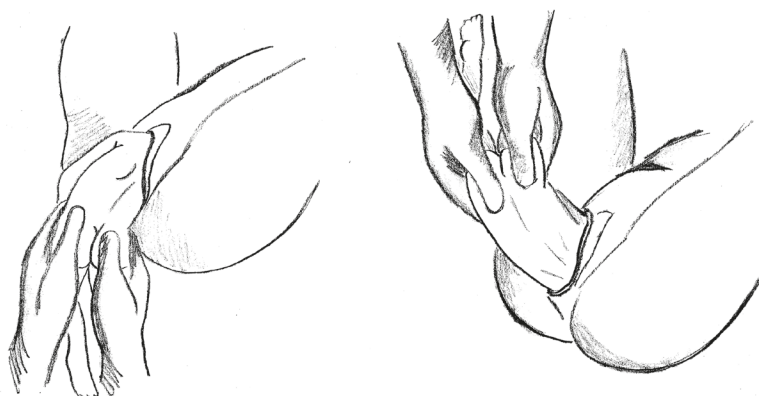
Maniobra de Bracht



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 13

Maniobra de Müller



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 14

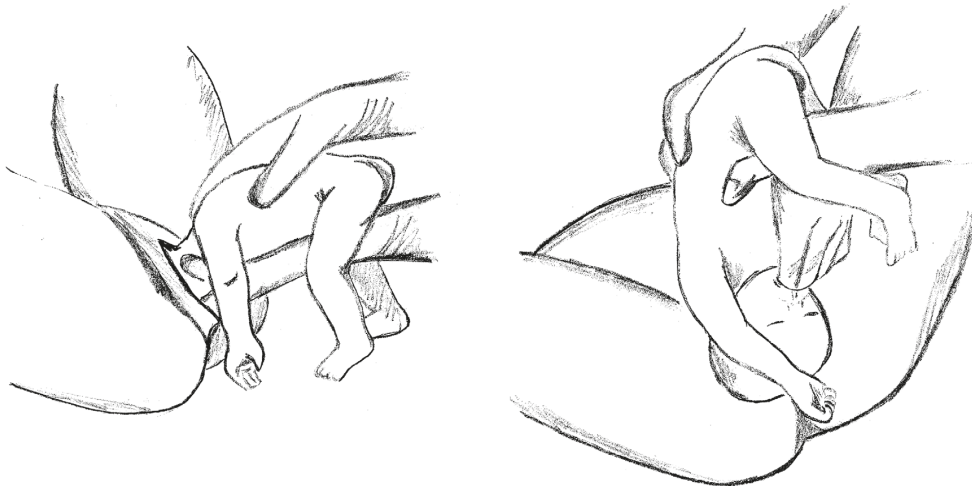
Maniobra de Rojas-Lovset



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 15

Maniobra de Rojas-Lovset



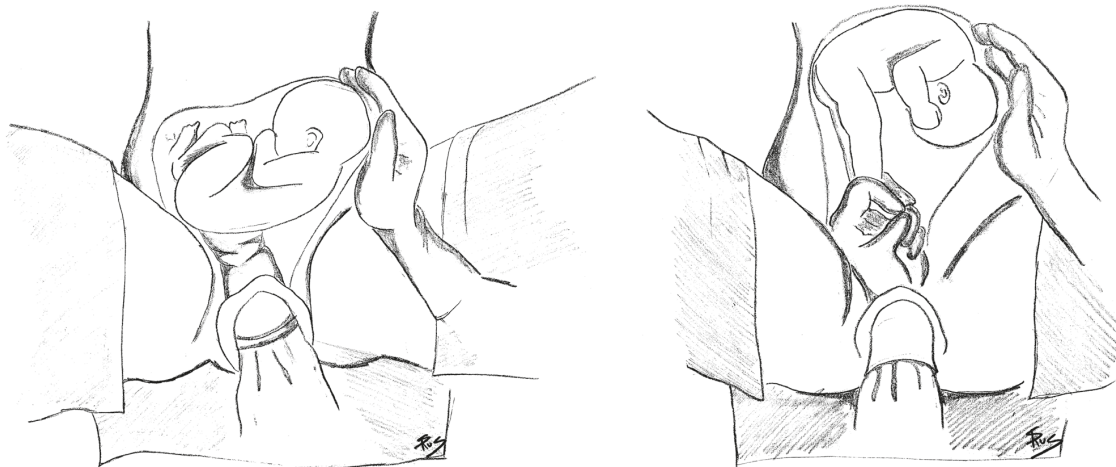
Fuente: Elaboración propia.

- **Maniobra de Pinard:** es una variedad de la maniobra de Mauriceau apoyando los dedos índice y medio sobre la apófisis zigomática del maxilar. Produce menos luxaciones.
- **Fórceps de cabeza última:** alternativa a la maniobra de Mauriceau. A veces la extracción de la cabeza puede facilitarse mediante la aplicación de un fórceps especial denominado de Piper.

p95
SACYL 2016

FIGURA 16

Versión interna



Fuente: Elaboración propia.

- **Versión interna y gran extracción:** la técnica de versión interna y gran extracción se utiliza en caso de parto gemelar para el segundo gemelo cuando éste se encuentra en situación no cefálica. La técnica consiste en identificar a través del cérvix los pies fetales. En ese momento, se deben romper las membranas a la vez que uno o ambos pies son traccionados rápida pero delicadamente hacia el exterior a través del canal del parto, mientras que la mano exterior empuja la cabeza hacia arriba. Una vez aparece el tronco fetal, se deben utilizar las maniobras de gran extracción del feto en nalgas (Figura 16).
- **Rotura prematura de membranas:** siendo por tanto más frecuente otras complicaciones como la corioamnionitis y el prolapso de cordón.
- **Distocia de cabeza última:** es una complicación muy grave que puede conducir a la muerte fetal.
- **Traumatismos:** debido a las maniobras obstétricas realizadas se pueden producir lesiones secundarias, tales como hemorragias intraventriculares y subdurales. La lesión de plexo braquial por estiramiento del cuello o la parálisis secundaria del facial, son lesiones traumáticas que se observan con relativa frecuencia.

2.6. Pronóstico

En este tipo de parto los índices de morbimortalidad perinatal son más elevados debido a una serie de factores que van a contribuir tales como:

- **Prematuridad:** entre un 20-40% de los fetos en presentación de nalgas nacen antes de las 37 semanas.
- **Malformaciones congénitas:** mayor incidencia en las presentaciones de nalgas.

2.7. Elección de la vía del parto

La SEGO (2011), basándose en la evidencia científica acumulada, aconseja la realización de una cesárea electiva en las embarazadas con feto a término en presentación de nalgas. Consideran que la mujer debe ser informada de que la cesárea programada (vs parto en podálica) reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal a corto plazo, aunque con cierto aumento de la morbilidad materna y sin evidencia de que la salud de los niños a largo plazo dependa de la vía del parto.

Sin embargo, el parto vaginal en determinados casos en los que no haya factores de riesgo, la mujer firme el consentimiento después de haber recibido la información oportuna y en un hospital donde sea una práctica habitual, es una opción razonable.

En el caso de gestaciones pretérmino la controversia es probablemente menor. Aunque no existen estudios randomizados que justifiquen

esta actitud, la mayor parte de los autores abogan por la realización de una cesárea electiva en gestaciones por debajo de las 32 semanas o peso estimado inferior a 1500 gramos (Tablas 1 y 2).

Ni la paridad ni la edad materna son criterios excluyentes para el parto de nalgas. No es necesaria pelvimetría. El mejor indicador es el progreso adecuado del parto.

p117
SAS 2019

TABLA 1

Indicaciones de cesárea electiva en un parto a término de nalgas

<ul style="list-style-type: none"> • Pelvis estrecha o con deformidades. • Útero malformado o con tumoraciones. • Patología materna grave (diabetes, HTA). • Placenta previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oligohidramnios. • Presentación de nalgas incompleta. • Cabeza deflexionada. • Pérdida de bienestar fetal • Peso fetal estimado menor de 1500 gr y mayor de 4.000 gr.
---	---

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2

Condiciones parto vaginal en presentación podálica

<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento fetal adecuado y peso fetal estimado inferior a 4.000 g. • Presentación de nalgas puras o completas. • Pelvis adecuada (valoración clínica). • Cabeza flexionada o en posición indiferente. • Ausencia de anomalías fetales o de cualquier contraindicación médica u obstétrica para el parto vaginal.
--

Fuente: Elaboración propia.

3. Situación transversa

El feto se encuentra en situación transversa cuando su eje longitudinal es perpendicular al materno, formándose un ángulo de 90°. Cuando el ángulo es agudo la situación se denomina oblicua.

En la situación transversa uno de los hombros del feto se coloca generalmente en el estrecho superior de la pelvis, convirtiéndose

el acromion en el punto guía de la presentación.

3.1. Etiología

Los dos factores más relacionados con situaciones transversas son la multiparidad y la prematuridad.

- **Causas maternas:**
 - Multiparidad.
 - Anomalías uterinas.
 - Anomalías pélvicas.
- **Causas fetales:**
 - Prematuridad.
 - Gemelaridad.
 - Malformaciones.
- **Causas de los anejos:**
 - Placenta previa.
 - Cordón corto.
 - Hidramnios.
- Auscultación de la FCF a una altura superior a la habitual, por lo general a la altura del ombligo.
- Tacto vaginal: antes de la rotura de las membranas no se toca presentación. Tras la rotura de la bolsa la presentación de hace accesible, bien una extremidad superior, el hombro.
- Ecografía: confirma el diagnóstico.

3.3. Conducta

Se puede intentar una versión externa siempre y cuando no exista contraindicación.

El parto vaginal es imposible, salvo en caso de fetos muertos y muy pequeños. Las complicaciones que pueden producirse cuando se desencadenan las contracciones son prolapso de cordón y partes fetales, así como rotura uterina.

Se practicará una cesárea electiva una vez que el embarazo esté a término.

3.2. Diagnóstico

El diagnóstico de la situación transversa se lleva a cabo a través de:

- Maniobras de Leopold.

FIGURA 17

Situación transversa



Fuente: Elaboración propia.

4. Distocia de hombros

Se produce la salida de la cabeza al exterior, pero los hombros quedan retenidos por encima del estrecho superior, con el hombro anterior sobre el pubis. Se entiende por distocia de hombros la *"detención del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros después del fracaso de aplicar tracción de la cabeza fetal hacia abajo"* (SEGO 2015, p1). Así mismo, se ha definido como la situación en la que existe un lapso de tiempo entre el parto de cabeza y el del tronco superior a 60 segundos, independientemente del uso de maniobras para resolver el desprendimiento de los hombros, aunque esta definición no ha sido unánimemente aceptada. Se da en un 0,2-3% de los partos. Es una urgencia obstétrica imprevisible por lo que su aparición no constituiría mala praxis.

Es una complicación poco frecuente pero grave, que provoca frecuentes lesiones en el niño, desde asfixia hasta fracturas de clavícula o húmero y lesiones del plexo braquial (2,3-16%) y en la madre mayor morbilidad por desgarros vaginales, rotura uterina y atonía uterina en el alumbramiento.

Dependiendo del hombro impactado se distinguen 3 variedades: anterior (la más frecuente), posterior y bilateral (la más grave, pero excepcional).

4.1. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la distocia de hombros (DH) se encuentran (Tabla 3):

La macrosomía fetal y la diabetes materna parecen ser los factores de riesgo más asociados con la distocia de hombros. De los factores obstétricos es el parto instrumental.

La SEGO (2015) concluye: La distocia de hombros es un accidente obstétrico que no se puede predecir ni prevenir. Se recomienda cesárea en mujeres diabéticas si peso fetal estimado >4,5 kg. No recomendándose cesárea, ni inducción solo por el peso estimado en gestantes de bajo riesgo. Tanto el parto vaginal como la cesárea electiva son opciones válidas para el parto de una mujer con antecedentes de distocia de hombros.

4.2. Actuación

Tras la salida de la cabeza suele apreciarse una retracción de ésta hacia el periné (signo de la tortuga) y después de efectuada manualmente su rotación externa, fracasa la maniobra habitual de descender la cabeza para lograr que el hombro anterior salga al exterior.

En primer lugar se debe buscar ayuda, deben estar presentes matrona, auxiliar, obstetra, anestesista y neonatólogo. Hay que anotar la hora de salida de la cabeza y contabilizar los minutos hasta la salida del hombro. Si no estaba hecha una episiotomía, debe valorarse la necesidad de realizarla, aunque no es obligatorio.

Si con la tracción habitual ayudada por el pujo materno no se consigue desimpactar el hombro, se deben poner en práctica otras maniobras para evitar la lesión del plexo braquial y la fractura clavicular. Se debe impedir el pujo materno descontrolado, evitar clampar una circular hasta que no se haya resuelto la DH y está contraindicado realizar kristeller.

Se recomienda que todo el personal participe en programas de entrenamiento una vez al año.

El siguiente paso es limpiar la boca y la nariz del neonato, por si éste inicia movimientos respiratorios y proceder a las maniobras dirigidas a liberar el hombro anterior que se halla impactado bajo el pubis. Existen distintas maniobras para favorecer la salida de los hombros:

TABLA 3

Factores de riesgo asociados a la distocia de hombros

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía fetal. • Diabetes. • Antecedente de DH previa. • Obesidad: IMC > 30 Kg/m². • Incremento ponderal excesivo. • Embarazo prolongado. • Antecedente de macrosomía. • Edad materna avanzada. • Multiparidad. • Pelvis no ginecoide. • Sexo masculino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de dilatación prolongado. • Periodo expulsivo prolongado. • Conducción del trabajo de parto con oxitocina. • Parto instrumental. • Parto precipitado.

Fuente: Adaptada de SEGO 2015. Protocolo Distocia de hombros..

4.2.1. Maniobras de primer nivel

Son maniobras externas y sencillas, que intentan modificar la posición y dimensiones pélvicas y fetales y no requieren anestesia.

- **Maniobra de McRoberts:** consiste en una fuerte flexión de los muslos de la madre sobre el abdomen, lo cual disminuye la lordosis lumbar, endereza el sacro en relación a las vértebras lumbares y rota la sínfisis púbica hacia arriba. Favorece el descenso de ambos hombros. Esta maniobra resuelve un 42% de las DH y se asocia a una menor morbilidad fetal respecto a otras maniobras, por lo que debe elegirse como primera opción.
- **Presión suprapúbica:** Aplicada simultáneamente a la de Mc. Roberts por un ayudante soluciona el 60% de las DH. Se describen dos variantes:
- Maniobra de Mazzanti (o Hibbard). Presión suprapúbica en línea media en sentido posterior para empujar el hombro anterior tras la sínfisis disminuyendo el diámetro biacromial.
- Maniobra de Rubin (I). Presión lateral contra el hombro anterior, desplazando la cin-

tura escapular a posición oblicua en la pelvis materna.

En ambos casos, simultáneamente se tracciona suavemente de la cabeza hacia abajo (no hacia afuera) para desprender el hombro una vez desimpactado (Figuras 18 y 19).

- **Maniobra de Gaskin:** debe su nombre a una matrona. Se coloca a la mujer apoyada sobre manos y rodillas ("a cuatro patas"), modificándose los diámetros de la pelvis, siendo útil en la desimpactación del hombro posterior. Resuelve el 83%, pero puede ser difícil de adoptar para mujeres con anestesia epidural.

4.2.2. Maniobras de segundo nivel

Son maniobras intravaginales, más complejas, que intentan modificar la posición y dimensiones fetales.

- **Maniobra de destornillador de Wood:** si fracasan las anteriores, se presiona con dos dedos en la cara anterior del hombro posterior provocando su abducción y rotación, de forma que este hombro se convierte en anterior, se extrae en un diámetro oblicuo y se sigue rotando para convertirlo en anterior (una vez fuera de la pelvis). A

continuación, se libera el otro hombro (ahora posterior) traccionando hacia arriba del cuerpo del feto. El giro depende de la posición del dorso fetal, pudiendo ser en dirección de las agujas del reloj o contraria. **Maniobra de Rubin II:** se ejerce presión con los dedos sobre la cara posterior del hombro más accesible, generalmente anterior, en dirección al esternón fetal, consiguiendo un movimiento de aducción del hombro con disminución del diámetro biacromial,

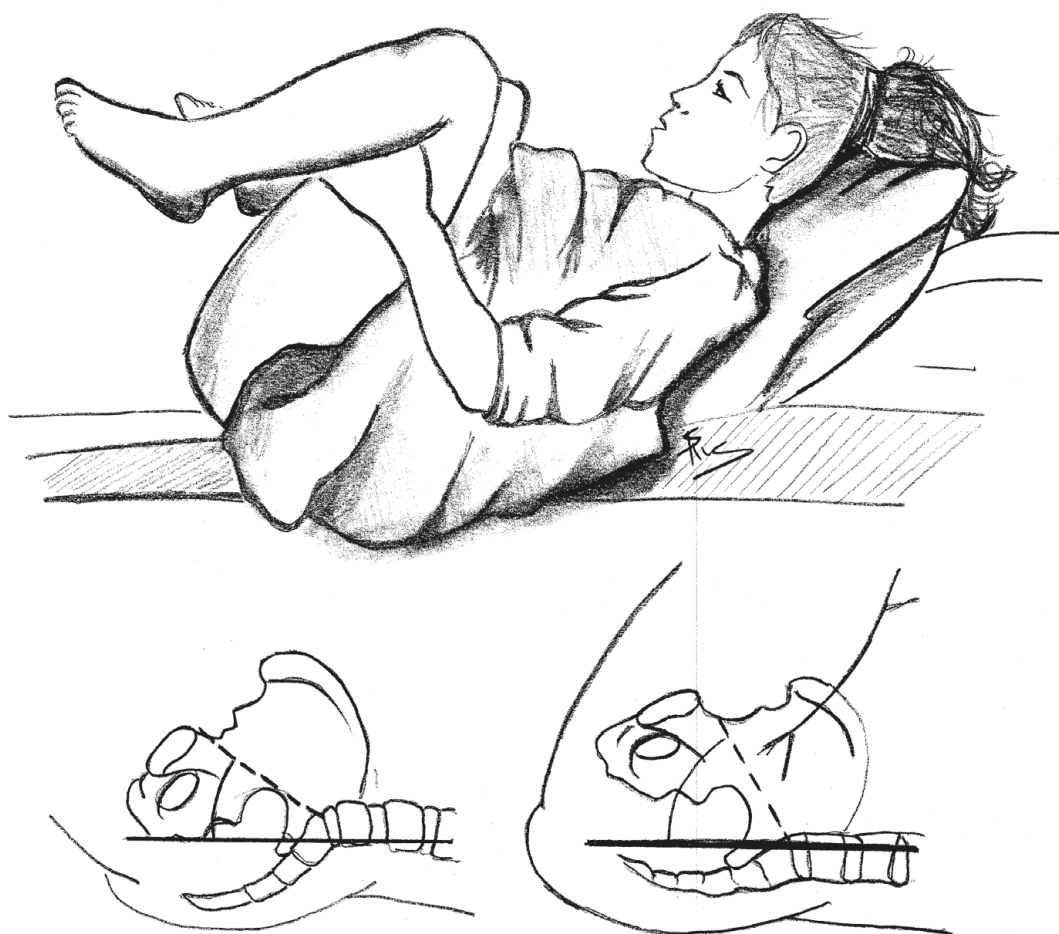
p42
SNS-OSA
2018

exteriorizando el hombro en un diámetro oblicuo (Figura 20).

- **Maniobra de Jacquemier-Barnum o extracción manual del hombro posterior:** se introduce la mano suavemente a lo largo del dorso fetal, posteriormente con índice y anular se sigue el trayecto del brazo posterior hasta el codo, se presiona la fosa antecubital para que el brazo se flexione, se sujeta antebrazo, se desplaza sobre el pecho y tirando hacia arriba se logra la extracción.

FIGURA 18

Maniobra de McRoberts



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 19

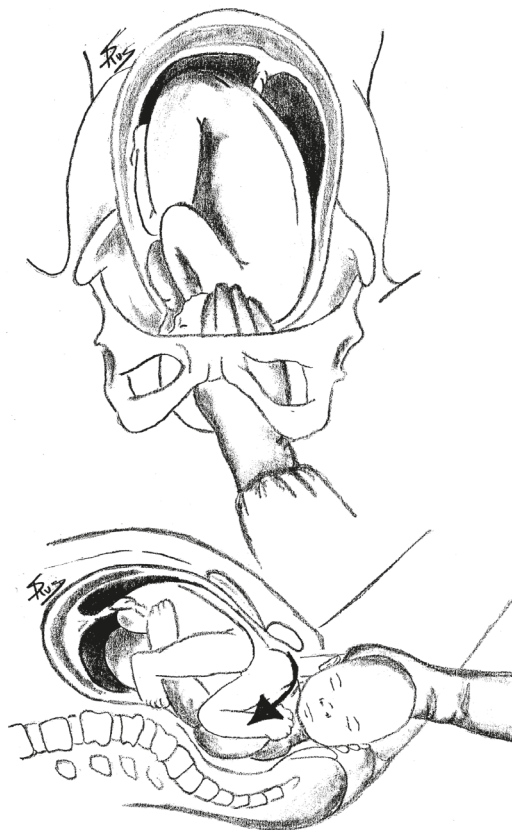
Presión suprapúbica mediante Maniobra de Rubin



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 20

Maniobra de Rubin (II)



Fuente: Elaboración propia.

5. Distocias del canal óseo del parto

Se denominan distocias óseas a aquellas vinculadas con alguna anomalía de la pelvis materna, bien del tamaño, de la forma o de la inclinación.

5.1. Tipos de pelvis

Existen 4 tipos biológicos de pelvis ya estudiados en el **Tema Parto I**: Ginecoide, Androide, Antropoide y Platipeloide.

En cuanto a las estenosis o estrecheces pelvianas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Pelvis uniformemente estrechas:**
 - Con reducción de todos los diámetros de la pelvis.
- **Pelvis con estenosis del estrecho inferior.** Pelvis infundibuliforme.
- **Pelvis con estenosis del estrecho superior:**
 - Plana (el diámetro anteroposterior es inferior a 10,5 cm).
 - Transversalmente estrecha o de Robert (el diámetro transversal es inferior a 12 cm). Es la pelvis antropoide en grado máximo.
 - Oblicua o de Naegele: los diámetros oblicuos son desiguales en más de un centímetro. Este tipo de pelvis pueden presentar alteraciones también en el estrecho inferior o la excavación, pero en el parto las dificultades se dan fundamentalmente a la hora de atravesar el estrecho superior.

5.2. Diagnóstico de las distocias del canal óseo del parto

Para realizar un diagnóstico de distocia del canal óseo se cuenta con las siguientes opciones:

- Anamnesis sobre antecedentes traumáticos, enfermedades de la infancia.
- Exploración general: medidas antropométricas, rombo de Michaelis, pelvimetría externa e interna (Figura 21).
- Ecografía del tamaño fetal, sobre todo diámetro biparietal.
- Radiopelvimetría.
- Variaciones en la posición de la cabeza fetal durante el parto.
- Tacto impresor de Müller: al mismo tiempo que una ayudante impulsa la cabeza desde el abdomen, por tacto se comprueba si la cabeza tiene o no tendencia a encajarse y si hay un reborde sobre el pubis (Figura 22).
- Exploración de los parietales de Bumm: si habiendo asinclitismo, los parietales se pueden palpar en gran medida (sobre todo el posterior), habrá una desproporción.

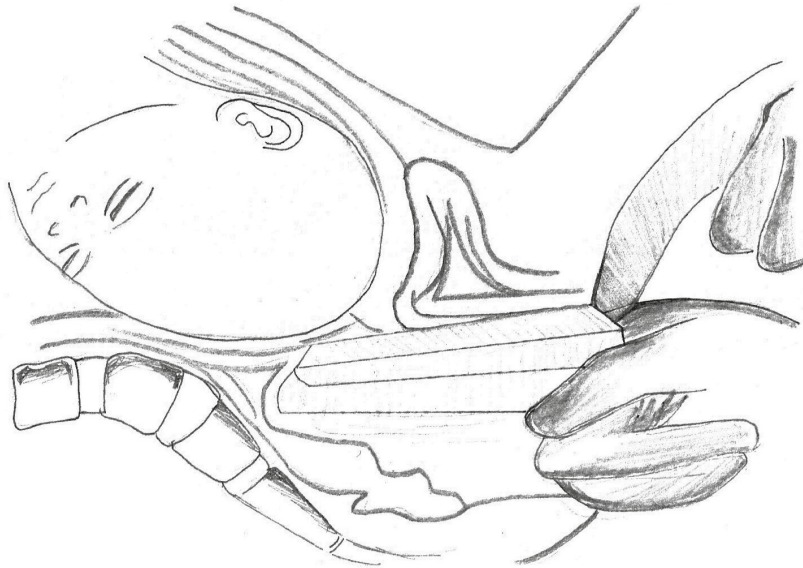
5.3. Evolución del parto con estenosis del estrecho superior

La cabeza no se fija en la pelvis y el útero tiende a caer hacia delante, este hecho puede dar lugar a presentaciones anómalas. Es frecuente que se produzca la rotura prematura de membranas, con el riesgo adicional de que, al no estar cerrada la entrada de la pelvis por la presentación, se produzca un prolapso del cordón umbilical.

El parto es lento y la dilatación difícil al no apoyar la cabeza sobre el cuello uterino. Son habituales las alteraciones de la dinámica uterina. El cuello puede edematizarse, fundamentalmente el labio anterior por la compresión ejercida por la presentación contra la sínfisis.

FIGURA 21

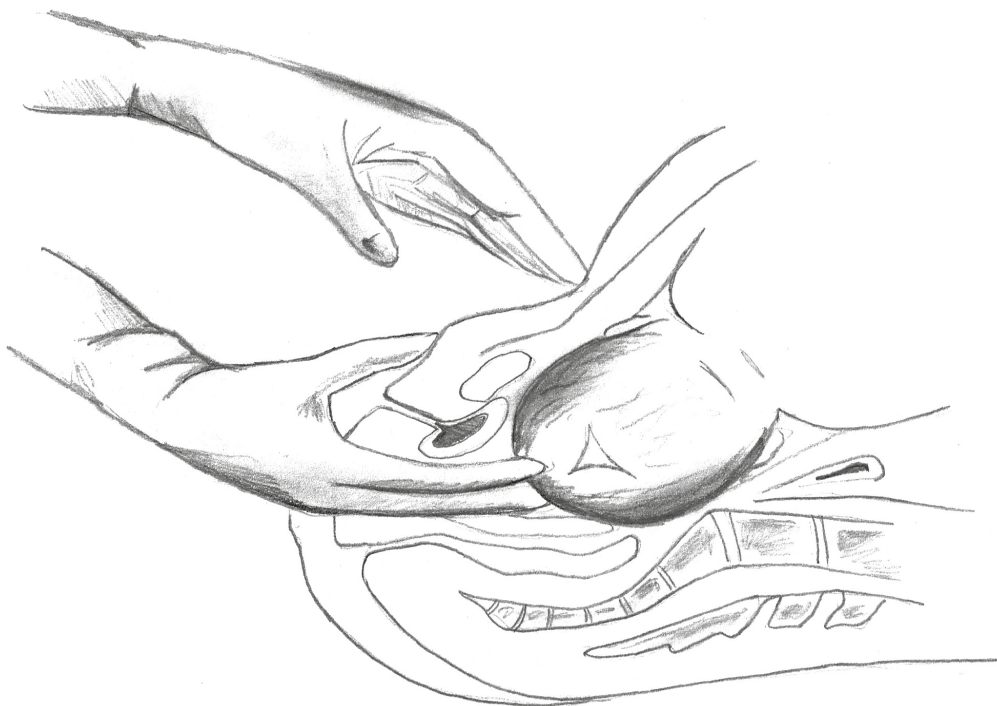
Pelvimetría interna



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 22

Tacto impresor de Müller



Fuente: Elaboración propia.

En las pelvis oblicuas la cabeza aprovecha el diámetro que le resulta más favorable, dependiendo del grado de asimetría existente.

5.4. Evolución del parto con estenosis del estrecho inferior

En estos casos el descenso del feto suele producirse con normalidad, pero el parto se detiene cuando la cabeza al llegar al suelo de la pelvis, debe efectuar su rotación. Es raro sin embargo que el parto no logre terminarse por vía vaginal, aunque en muchas ocasiones requiere ayuda instrumental.

5.5. Desproporción pélvico-cefálica

Se entiende por desproporción pélvico-cefálica o pelvifetal a la discordancia entre el tamaño de la pelvis materna y el del feto, que impide el normal encajamiento de éste durante el parto.

• Causas:

- Exceso del tamaño fetal. Se habla de feto macrosómico por encima de 4.000-4.500 gramos.
- Deflexión accidental de la cabeza.
- Anomalías pélvicas: pelvis estrechas o con malformaciones.

• Complicaciones:

- Rotura prematura de membranas.
- Retraso en la dilatación.
- Prolapso de cordón.
- Infección.
- Alteraciones de la dinámica uterina.
- Compresión y distensión del canal blando del parto.
- Lesiones fetales.

• Mecanismos compensadores:

- Aumento de los diámetros pélvicos: diástasis del pubis.
- Mecanismos de compensación de la cabeza fetal:
 - ✓ Variaciones en la posición, orientando sus diámetros máximos en relación con la pelvis, aprovechando sus espacios más amplios.
 - ✓ Variaciones de actitud.
 - ✓ Encajamiento en dos tiempos: asinclitismo.
 - ✓ Moldeamiento: los huesos de la bóveda se deslizan entre sí.

• Diagnóstico:

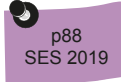
- Ecográfico: peso fetal estimado (PFE) de 4000 gr (dato clínico más significativo)
- Exploración abdominal:
 - ✓ Feto grande.
 - ✓ Cabeza fetal sobre sínfisis púbica.
- Exploración vaginal:
 - ✓ Edema de cuello.
 - ✓ Cabeza fetal no apoyada sobre el cérvix.
 - ✓ Cabeza fetal no insinuada en la pelvis.
 - ✓ Existencia de caput.
 - ✓ Deflexión de la cabeza fetal.
 - ✓ Acabalgamiento de parietales.
 - ✓ Asinclitismo.

• Curso del parto:

- Anomalías de la dinámica.
- Dilatación cervical estacionada o con lenta progresión.
- Pujos antes de la dilatación completa.
- Frecuentes desaceleraciones precoces.

6. Distocias del canal blando del parto

Comprende un grupo de distocias que tienen su origen en las estructuras que forman el canal blando del parto, como son: cuello, vagina, vulva y periné.



6.1. Distocias cervicales

Entre ellas se enumeran:

- **Malformaciones congénitas:** hipoplasia, tabicamientos.
- **Aglutinación o conglutinación del cuello:** un espesamiento del tapón mucoso produce la adherencia de las paredes cervicales por fibras de fibrina. En general, afecta al orificio externo, por lo cual el cuello llega a borrarse pero no se dilata.
- **Rigidez y estenosis cervical:** suelen ser secundarias a secuelas cicatriciales. La dilatación puede ser difícil y en ocasiones habrá que recurrir a la cesárea.
- **Edema:** secundaria a dificultades mecánicas de la circulación, puede afectar a todo el cuello, o más frecuentemente, al labio anterior. El abdomen péndulo, las desproporciones que favorecen el pinzamiento del cuello entre la cabeza y la sínfisis del pubis, y los pujos practicados antes de la fase expulsiva, pueden motivar su formación.
- **Mioma:** la presencia de éste en el cérvix puede dificultar la dilatación.

6.2. Distocias vaginales

Tales como:

- **Malformaciones congénitas:** atresias vaginales, tabiques.
- **Lesiones adquiridas:** estenosis cicatriciales consecutivas a traumatismos, quemaduras...
- **Tumores vaginales.**

6.3. Distocias vulvares

Todos los procesos que produzcan un estrechamiento del orificio vulvar pueden ser causa de distocia. Ésta se resuelve a menudo con una episiotomía.

6.4. Distocias por tumor previo

Se denominan así a las distocias que se deben a la existencia de tumores de asiento genital o extragenital que, por su ubicación en el canal del parto, dificultan el descenso de la presentación y hacen imposible el parto vaginal.

Los tumores uterinos que se pueden convertir en previos son los miomas, los cuales son los tumores previos más frecuentes. Sólo contraindican el parto aquellos que se sitúan por delante de la presentación fetal.

Los tumores genitales extrauterinos con capacidad de transformarse en previos son fundamentalmente los ováricos y paraováricos (Tablas 4 y 5).

7. Traumatismos obstétricos fetales

Se emplea para designar aquellas lesiones, evitables o no, que tienen lugar durante el parto y que afectan al recién nacido.

7.1. Factores predisponentes

Son factores favorecedores del traumatismo fetal durante el parto:

TABLA 4

Causas intrínsecas de las distocias de partes blandas

Lesiones cicatriciales	Quirúrgicas	Cervicales	<ul style="list-style-type: none">• Conización.• Cerclaje.
		Vagino-vulvares	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía de prolapso genital.• Cirugía de aplasia vaginal.
	No quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none">• Abortos.• Traumatismos obstétricos.	
Causas infecciosas	Infecciones agudas	<ul style="list-style-type: none">• Vulvitis aguda.• Bartholinitis.	
	Infecciones crónicas	<ul style="list-style-type: none">• Condilomas.• VIH.	
Tumores genitales	Benignos	<ul style="list-style-type: none">• Fibroma uterino.• De vagina.• Quiste Bartholino.	
	Cáncer invasor	<ul style="list-style-type: none">• Cuello.• Vagina.• Vulva.	
Malformaciones	<ul style="list-style-type: none">• Atresia cervical.• Vaginales.• Hipoplasia vulvar.		

Fuente: elaboración propia.

TABLA 5

Causas extrínsecas de las distocias de partes blandas

Causas de origen genital	• Tumores de ovario. • Hemiútero previo. • Retroversión uterina.
Causas extragenitales	• Riñón ectópico. • Tumores recto. • Fecalomas. • Distensiones vesicales.

Fuente: elaboración propia.

- Macrosomía y desproporción pélvico-cefálica.
- Parto prolongado.
- Presentaciones anómalas: como la presentación podálica y en cefálica con deflexión de la cabeza fetal.
- Maniobras obstétricas:
 - Versión y gran extracción.
 - Maniobras usadas en parto de nalgas.
- Microtoma fetal.
- Instrumentación del parto.
- Prematuridad: por la fragilidad estructural del feto.

7.2. Cefalohematoma

Es una lesión traumática que aparece sobre todo en partos instrumentales y prolongados, debido a la rotura de vasos sanguíneos entre el hueso y el periostio, que origina un acúmulo de sangre en esa zona. Es más frecuente en el parietal derecho.

Se manifiesta como una masa fluctuante, en general única, limitado por las suturas de los huesos craneales. Se diferencia en esto del caput, que no está limitado por las suturas y se resuelve en unos días. Se suele diagnosticar a las 24 horas de vida y tiende a desaparecer por reabsorción al mes o 2 meses.

7.3. Fracturas craneales

La localización más frecuente es a nivel parietal. La presencia de síntomas neurológicos como cambios respiratorios o disminución del nivel de conciencia pueden sugerir la existencia de una hemorragia intracraneal subyacente.

7.4. Fractura de clavícula

Es el traumatismo obstétrico más frecuente y se produce durante la extracción de los hombros, tanto en partos en céflica como en podálica, afectando sobre todo a fetos macrosómicos.

7.5. Lesiones del sistema nervioso central (SNC)

El traumatismo obstétrico puede afectar el SNC del feto:

- **Lesiones encefálicas:** los fenómenos hipóxicos que acontecen durante el sufrimiento fetal pueden manifestarse como edema o hemorragia cerebral. La hemorragia subaracnoidea es la variedad más frecuente y es secundaria a situaciones de hipoxia. Suele ser asintomática y en caso de manifestarse podría hacerlo como con-

vulsiones y crisis de apnea. La hemorragia periventricular es una hemorragia típica de los prematuros y su mecanismo es similar al anterior. La clínica es muy grave y la mortalidad muy alta. Los que sobreviven sufrirán secuelas, como la hidrocefalia en la mayoría de los casos.

- **Lesiones medulares:** se asocian a partos de nalgas, en los que se tracciona la columna cervical, y a la instrumentación con fórceps. Se produce un estiramiento medular con una parálisis flácida que puede afectar a la función respiratoria.

7.6. Lesiones de nervios periféricos

También puede verse afectados los nervios periféricos:

- **Lesión del plexo braquial:** es el traumatismo obstétrico más frecuente después de la fractura de clavícula. El mecanismo de producción es la tracción ejercida en los partos de nalgas o en los casos de distocia de hombros. En los casos leves se produce un estiramiento de las fibras, siendo de rápida recuperación. En las lesiones moderadas algunas fibras se desgarran y la recuperación será incompleta. En las formas graves con sección completa de las fibras la recuperación es escasa. Encontramos tres tipos:

- Parálisis braquial superior (C5, C6 y C7 de Duchenne-Erb): es la más frecuente y afecta a la musculatura del hombro y del brazo. La extremidad permanece en aducción, extensión y rotación interna. En el reflejo de Moro falta la abducción del hombro. Cuando se afecta la C7 (parálisis de Duchenne-Erb extendida) queda afectada la mano (actitud o propina del mesero).
- Parálisis braquial inferior (C8-T1 de Klumpke): afecta a los músculos intrín-



- secos de la mano y a los flexores largos de la muñeca y de los dedos. Habitualmente, existe un síndrome de Horner ipsilateral (miosis, ptosis y enoftalmos) debido a la lesión de las fibras nerviosas simpáticas.
- Parálisis completa: puede estar asociada a parálisis del nervio frénico.
 - **Lesión del nervio facial:** es el par craneal más frecuentemente afectado. Se lesiona por compresión del nervio durante su salida por el orificio estilomastoideo en partos distócicos e instrumentados con fórceps. Se manifiesta con parálisis facial unilateral, que se pone más en evidencia durante el llanto. Suele ser leve y reversible.

8. Bibliografía

- BAJO ARENAS JM, MELCHOR MARCOS JC, MERCÉ LT (Eds). 2007. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Madrid: SEGO. ISBN: 978-84-690-5397-3
- CABERO ROURA Luis (Dir). 2014. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. 2ª ed. Tomo 1. Madrid: Medicina Panamericana. ISBN 978-84-9835-269-6
- GONZÁLEZ-MERLO J, LAILLA VICENS JM, FABRE GONZÁLEZ E, GONZÁLEZ BOSQUET E (Coord). 2018. *Obstetricia*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier. ISBN: 978-84-911-3122-9
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 2011. *Parto en la presentación de nalgas a término*. Madrid: SEGO. Consultado el 06/09/2020. Disponible en: <http://www.sego.org>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 2014. *Versión cefálica externa*. Madrid: SEGO. Consultado el 06/09/2020. Disponible en: <http://www.sego.org>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 2015. *Distocia de hombros*. Madrid: SEGO. Consultado el 06/09/2020. Disponible en: <http://www.sego.org>.
- RODRÍGUEZ-ALARCÓN J et al. 2008. *La patología neonatal asociada al proceso del parto*. En: AEP. *Protocolos de neonatología* (en revisión). 2ª ed. (Consultado el 03/09/2020). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf
- ARGANI CH, SATIN AJ. 2020. *Occiput posterior position*. In: UpToDate, Berghella V (Ed). Waltham: UpToDate. (Consultado el 03/09/2020). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/occiput-posterior-position>
- USANDIZAGA JA, DE LA FUENTE P. 2011. *Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol I*. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. ISBN 978-84-710-1738-3