

11217

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
HOSPITAL GENERAL 1o. de OCTUBRE
ISSSTE.

44
202

PRESENTACIONES DEFLEXIONADAS: INCIDENCIA Y MANEJO *

MC AIDE EUGENIA CORTES PONCE **

** Médico Residente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Regional 1o. de Octubre, Instituto de Seguridad Social
al Servicio de los Trabajadores del Estado.
México D.F.
Dir.: Olmos 44, Jardines de San Mateo, Naucalpan, Estado de México.
Tel. 3-60-41-29

* Trabajo de investigación retrospectivo para obtener el grado de
especialista en Ginecología y Obstetricia.
Facultad de Medicina.
División de Estudios de Postgrado. U. N. A. M.
ASESOR: Dr. Julian Covarrubias de Mota.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

La flexión es uno de los movimientos más importantes en el desarrollo del trabajo de parto; éste se lleva a cabo como resultado de las fuerzas físicas expulsivas y la resistencia del conducto de parto, que actúan como sobre un brazo de palanca. Cuando la flexión no es posible, da como resultado la prolongación del primero y segundo períodos del trabajo de parto, lo que aumenta la morbimortalidad fetal, agotamiento materno y aumento en la operatoria obstétrica. Por tal efecto nos propusimos hacer una revisión de presentaciones deflexionadas en nuestro hospital, y de esta manera, - determinar su incidencia e intentar mejorar su manejo.

En nuestra unidad, de 3563 pacientes atendidas, se encontraron deflexiones en 14 pacientes (0.3%), de las cuales fueron de cara 5, de frente 1, y de bregma 8. Con un promedio de cesareas de 85% y parb15%, presentando en 71% alteraciones del trabajo de parto con sufrimiento fetal en el 64%.

SUMMARY.

One of the most important movements in labor is the flexion; this is done as a result of the expulsive physical power and the resistance of the vaginal duct, these act as an lever arm. When the flexion is not posible the result is a prolongation of the first and second period of labor, which increase the fetal morbimortality, maternal fatigue and increase in the obstetric surgery. Therefore we decided to do a revision of these problems in our hospital, trying to find out the incidence and improve the management.

In our hospital, we atended 3563 patients, we found deflexions in 14 - patients (0.3%). Of these, there were 5 face presentations, 1 forehead - and 8 bregma. The average cesarean section was 85% and vaginal delivery 15%. In 71% there were labor alterations and fetal distress in 64%.

Palabras clave: Presentaciones deflexionadas.

INTRODUCCION.

En el mecanismo del trabajo de parto normal es la flexión uno de los movimientos más importantes para que el desarrollo del mismo se lleve a cabo regularmente; como resultado de la misma, la cabeza del producto al encajarse en la pelvis lo hace oponiendo el diámetro anteroposterior menor, el suboccipitobregmático en el espacio más amplio de la misma, sea el transverso máximo o cualquiera de los oblicuos (10, 12, 14)

Este movimiento se lleva a cabo como resultado de las fuerzas físicas expulsivas y la resistencia del conducto de parto, que actúan sobre la cabeza como lo haría en un brazo de palanca, en el cual el extremo más corto está en relación con la columna cervical y el occipital y el largo con el resto de la cabeza (fig. 1), por lo que la flexión es casi inevitable, el no hacerlo se conoce como deflexión (1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 14) .

Cuando la flexión no es posible, el diámetro expuesto se alarga, dando como resultado la prolongación del primero y segundo período del trabajo de parto, la que como es sabido va a condicionar aumento en la morbilidad fetal, agotamiento materno y aumento de la operación obstétrica.

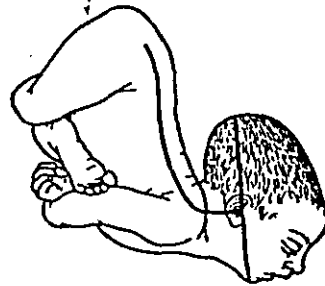


Fig. No.1 Presentación de cara

En la mayoría de los libros de texto se sigue observando en su identificación y manejo una actitud conservadora con prácticamente el 100% de posibilidades de parto por la vía vaginal, excepto en los casos de desproporción cefalopélvica u otra condición obstétrica que indique cesárea. Sin embargo tal criterio tiende a cambiar; pues es un hecho de observación cotidiano que las variedades deflexionadas prolongan el trabajo de parto, con sus consiguientes repercusiones, y si a esto se aúna que frecuentemente son mal identificadas, y que uno de las adquisiciones de la evolución obstétrica ha sido el empleo de la analgesia obstétrica del tipo del bloqueo peridural continuo actualmente en auge con su evidente beneficio de suprimir el dolor, pero también de retardar el segundo período, al eliminar sobre todo en las pacientes no preparadas, el reflejo de pujo, tan importante en esta etapa.

Tales hallazgos están haciendo que el criterio previo este sufriendo cambios y que la profilaxis de lesión perinatal nos este impulsando a -- identificar y tratar con prontitud tales anomalías y obtener una mejor calidad en el binomio materno-fetal.

Para tal efecto nos propusimos hacer una revisión retrospectiva de los productos con presentación cefálica deflexionada y determinar si -- nuestras observaciones van de la mano con la realidad.

Las presentaciones de cara y frente se consideran inestables al inicio del trabajo de parto. Frecuentemente, se convertirán espontáneamente en una posición más flexionada o, si se encuentran en la pelvis baja en otra totalmente extendida (14).

La incidencia que marcan los textos de presentaciones deflexionadas es de 0.45%(10). Teniendo según su grado de flexión diferentes cantidades: presentación de cara 0.1 a 0.3%; siendo de éstas; mento anterior -- 62%; mento posterior 25% y mento transversa 12%. En la presentación de frente encontramos de 0.5% con una conversión del 51%. En la presentación de bregma la cual se considera inestable las cifras varían de --- acuerdo al estadio en que se diagnostique (8. 10. 12).

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la desproporción cefalopélvica es el factor etiológico más importante (1. 5. 7. 8. 10. 12. 15). - Así como la multiparidad, el polihidramnios, productos anencefálicos, - óbitos, inserción anómala de placenta, útero tabicado, malformaciones congénitas, tumoraciones cervicales, etc. (cuadro 1).

El mecanismo del trabajo de parto en las presentaciones de cara está bien descrito. Aunque frecuentemente comienza como una presentación de frente, con extensión completa antes del encajamiento. Consiste en - estos casos en movimientos cardinales de descenso, rotación interna y flexión, y movimientos accesorios de extensión y rotación externa. El - descenso tiene lugar por los mismos factores que en las presentaciones de vértice. La extensión es el resultado de la relación del cuerpo fetal - con la cabeza deflexionada, la cual se convierte en palanca de dos bra-- zos, cuyo brazo largo se extiende desde la articulación occipitovertebral hasta el occipucio. Cuando se encuentra una resistencia, el occipucio es empujado hacia la espalda del feto mientras el mentón desciende.

El objeto de la rotación interna de la cara es situar el mentón bajo la sínfisis del pubis: única posición que es posible el alumbramiento normal. Solamente en esta forma puede el cuello subtender la superficie posterior de la sínfisis púbica. Si el mentón gira directamente hacia atrás, el cuello relativamente corto no puede alcanzar la superficie del sacro, que mide 12 cm. de longitud. De ahí que la salida de la cabeza es imposible al menos que los hombros entren en la pelvis al mismo tiempo, cosa por otra parte fuera de posibilidad, excepto en fetos pequeños o macerados. La rotación interna en la presentación de cara es el resultado de los mismos factores que en las presentaciones de vértice (8, 10, 14, 15). Después de la rotación anterior y descenso, el mentón y la boca aparecen en la vulva, la superficie inferior del mentón presiona contra la sínfisis y la cabeza se exterioriza mediante la flexión. La nariz, ojos, frente, bregma y occipucio aparecen entonces sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Después el alumbramiento de la cabeza, el occipucio se dobla hacia atrás en dirección del ano. En pocos momentos, el mentón gira externamente en dirección al lado en que se estuvo dirigido en el comienzo y nacen los hombros como en las presentaciones de vértice.

En resumen el tratamiento en su etapa inicial del trabajo de parto es adoptar medidas conservadoras. Están contraindicados los intentos manuales de resolución, y cuando se detiene el trabajo de parto, se indica cesárea. Esto puede llevarse a cabo siempre y cuando se descarte alguna otra contraindicación para el parto vaginal.

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se efectúa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Io. de Octubre ISSSTE, de febrero de 1987 a enero de 1988. Donde se revisaron los expedientes clínicos y hojas quirúrgicas de las pacientes que tuvieron presentaciones deflexionadas. Dividiéndolas en los siguientes grupos:

- I. - Pacientes atendidas por parto eutócico.
- II. - Pacientes atendidas por cesárea.

En ambos casos se estudio la evolución del trabajo de parto (partograma), haciendo un análisis de los datos ahí vertidos, como son: edad, paridad, antecedentes ginecoobstétricos previos, antecedentes personales patológicos que tuviesen alguna relación, control de embarazo, edad gestacional, características del trabajo de parto al ingresar, duración y evolución del mismo, momento y forma de identificación (clínica, radiológica), ruptura de membranas, uso de oxitocina, anestesia, analgesia, vía de extracción, apgar, evolución de productos y madre durante su estancia.

RESULTADOS.

En el Hospital Io. de Octubre de febrero de 1987 a enero de 1988, fueron atendidas 3573 pacientes por causa obstétrica. A las cuales se les diagnosticaron presentaciones deflexionadas a 14 (0.3%) o en 1 de cada 740 partos. Fueron atendidas por parto vaginal 2 (15%) y 12 (85%) por cesárea.

En las pacientes que se diagnosticó presentaciones deflexionadas presentaron un embarazo de 38.5 a 41.6 semanas de gestación con una media de 40 semanas; el peso obtenido de los productos fué de 2525 a 3800-grs. con un promedio de 3339 grs. Siendo primigestas 5 (35%); secundigestas 4 (33%); multigestas 5 (35%) (ver cuadro 2 y 3).

Fueron 5 (0.1% ó 1 en 700 partos) de cara; 0.02% ó 1 en 3573 de frente y, 0.2% ó 1 en 446 de bregma. Se diagnosticaron a su ingreso 6 (42.8%): de cara 3 (21.4%); frente 1 (7.1%) y bregma 2 (14.4%). De las presentaciones de cara, 2 (14.4%) fueron pacientes multíparas que se diagnosticaron con dilatación y borramiento completo y se atendieron por parto vaginal; 1 se diagnosticó con 8 cm. de dilatación multigesta a la cual se realizó cesárea. De bregma 2 (14.4%), las cuales fueron nulíparas operándose con 2 y 5 cm. de dilatación con productos abocados; de frente se diagnosticó 1 (7.1%) con 2 cm. de dilatación en paciente nulípara realizándosele cesárea.

De las 8 (57.14%) que no se diagnosticaron de ingreso se dejó evolucionar el trabajo de parto: 1(7.1%), se diagnosticó como deflexionado a los 5 cm. de dilatación, con 3 horas de dilatación estacionaria, motivo por el cual se realizó cesárea. De los 7 restantes su evolución fue normal hasta los 7-8 cm. en los cuales coincide con la aplicación del bloqueo peridural, presentando: 4(28%) dilatación estacionaria; 3(21.4%), período expulsivo prolongado, realizándoseles cesárea. Sólo 2 de estas se diagnosticaron antes de la cirugía: 1(7.1%) de cara y 1 (7.1%) de bregma. El diagnóstico transoperatorio se llevó a cabo en 4 (28%) deflexiona-

do, sin especificar el grado de deflexión y 1 (7.1%) de cara.

En el 64% de las pacientes se presentó sufrimiento fetal el cual se manifestó por la presencia de líquido amniótico teñido de meconio. Con apgar promedio al minuto de 6-7 y a los 5 minutos de 7-8.

DISCUSION.

La incidencia de presentaciones deflexionadas en nuestra unidad es 0.3%, la cual coincide con las cifras encontradas en las citas bibliográficas.

Además, nos damos cuenta que existe un alto índice de falla en el diagnóstico temprano, teniendo como consecuencia un trabajo de parto prolongado, que lleva a sufrimiento fetal y materno. O bien el uso indiscriminado de cesárea por el diagnóstico temprano de estas. Por lo que se recomienda ser más acucioso en el diagnóstico de este tipo de distócias, para poder normar una conducta de manejo, desde que se recibe a la paciente, tomando en cuenta, que las variantes pueden obstaculizar un trabajo de parto. Es indispensable descartar otros factores, que puede ser la desproporción cefalopélvica, ya que es la principal causa de este tipo de presentaciones; esto puede hacerse mediante una exploración cuidadosa de la madre y realizándose una radiocefalopélvimetría y decidir si es posible un parto vaginal o terminación del embarazo por vía suprapúbica.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CÁTEDRA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Existe además el antecedente de que las 8 pacientes que se dejaron evolucionar, a 7 se les bloqueo a los 7-8 cm. de dilatación, presentando posteriormente dilatación estacionaria ó periodo expulsivo prolongado. - Por lo que se sugiere dejar evolucionar el trabajo de parto sin analgesia, para que se lleve a cabo un mecanismo adecuado, siempre tomando en cuenta el umbral del dolor que presenta la paciente.

La valoración integral del binómio materno-fetal es importante en las presentaciones deflexionadas, ya que el médico debe valorar la posibilidad de un parto vaginal, pero tomando en cuenta que el trabajo de parto en una presentación deflexionada puede verse obstruido, por lo que requiere una vigilancia estrecha para no someter a la madre a varias horas de actividad uterina y evitar sufrimiento del producto.

COMENTARIOS.

Por lo anteriormente descrito, es básico para una mujer que se embaraza, identificar factores de riesgo, en estos casos la paciente desnutrida, de talla corta, o con alguna anomalía pélvica que pueda condicionar una desproporción cefalopélvica y deflexión.

Es indispensable un control de embarazo adecuado que permita hacer una identificación precisa de este tipo de variedades, incluso antes de que el trabajo de parto inicie.

Estimular en las pacientes embarazadas la posibilidad de efectuar cursos de preparación para el embarazo y parto, que den como resultado pacientes participantes y no únicamente sufrientes y en las cuales la necesidad anestésica sea mayor.

Al ingresar la paciente al trabajo de parto identificar plenamente todas las variantes tocológicas que puedan significar distócía y específicamente deflexión y el grado de la misma.

En caso de existir deflexión, de acuerdo a la altura de la cabeza, y grado de avance del trabajo de parto, y en ausencia de distócía, permitir el desarrollo del trabajo de parto con control estricto y vigilancia estrecha de la curva de evolución.

Diferir el bloqueo peridural en tanto sea posible, buscando la rotación durante el expulsivo auxiliado por el reflejo del pujo. Si es necesario el bloqueo peridural por las manifestaciones dolorosas de la paciente, al ingreso o durante el primer estadio del trabajo de parto, valorar perfectamente la pélvis y grado de deflexión, tanto clínica como radiológicamente, solicitando al efecto radiocefalopelvimetría, que deberá evidenciar diámetros amplios para ser útil.

Determinar la extracción suprapúbica cuando uno o varios de los parámetros establecidos resulta contradictorios y tan pronto como se haga el diagnóstico.

En periodo expulsivo y con presentación descendida que llene los requisitos, solicitar el forceps indicado como profilaxis del alargamiento de dicho estadio.

CUADRO No. 1

FACTORES MATERNOS	FACTORES FETALES
Desproporción cefalopélvica	Macrosomia
Tumor previo	Obito
Placenta previa	Anomalías congénitas
Anomalías uterinas	Polihidramnios
Multiparidad	Alteraciones de vertebras cervicales
	Tumores de tiroides

CUADRO No. 2

No. de Gestaciones	CARA	FRENTE	BREGMA	TOTAL
PRIMIGESTA			4	4
SECUNDIGESTA		1	2	3
MULTIGESTA	5		2	7
TOTAL	5	1	8	14

CUADRO No. 3

No. de Paras	CARA	FRENTE	BREGMA	TOTAL
NULIPARA	1		8	9
SECUNDIPARA		1		1
MULTIPARA	4			4
TOTAL	5	1	8	14

CUADRO No. 4

PRESENTACION	INCIDENCIA OBTENIDA	INCIDENCIA TEXTOS
DEFLEXION	0.39%	0.45%
CARA	0.1%	0.1 a 0.3 %
FRENTE	0.02 %	0.05 %

BIBLIOGRAFIA

1. - Audra P. Jacquet. Deflected cephalic presentation. A Propost of 80 cases. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1988 May; 83 (5). Pag. 355-7
2. - Audra P. Radiopelvmetry in cephalic presentation. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1986, Apr; 81(4) Pag.173-6.
3. - Benedetti T.F.; Lowensohn R. I.; Fruscott A.M. Face presentation. at term. Obstet. Gynecol. 1980, Feb; 55 (2): 199-202.
4. - Benson R y asociados. Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricia. Distocias fetales Editorial Manual Moderno, México 1986. Pags 916-934.
5. - Danforth D. y cols. Tratado de Obstetricia y Ginecologia. Distocias fetales Ed. Interamericana, Madrid 1987, Pags. 667-697.
6. - Dexeus, Atlas y Tratado de Ginecologia Operatoria. Maniobras deflexoras Ed. S^Alvat, España 1983.

BIBLIOGRAFIA

7. - Duff P. Diagnosis and management of face presentation.
Review article 26 Repts.
Rev. Obstet gynecol 1981. Jan. ; 5 105-12
8. - Donald I. y cols. Problemas en la práctica obstetrica.
Presentaciones deflexionadas.
Ed. Salvat. México 1981.
9. - Gitsch E. Reinold E. Indications and technic of operative vaginal
delivery in vertex presentation.
Zentralbl Gynakol; 106. Pag. 653-9.
10. - Iffi L. Kaminetzki. Obstetricia y perinatologia.
Anomalias de posición, situación, presentación y rotación.
Ed. Panamericana. Argentina 1985. Pags. 927-943.
11. - Lopez E. y cols. Tratado de Ginecologia y Obstetricia IMSS
Ed. Mendez Otero. 2da Edición México 1984. Pags 484.

BIBLIOGRAFIA

12. - Pritchard P., Mac. Donald, Gant F. Obstetricia.
Distócias causadas por anomalías en presentación o desarrollo
Ed. Salvat. Barcelona 1987. Pag. 631-653.

13. - Richard P. Perkins M. D. Distocias fetales. En clínicas obstétricas
y Ginecologicas.
Ed. Interamericana. Vol. I 1987. 53-62.

14. - Schwatz, Dgni R., Lancet M., Kessler I. Face Presentation
Aust NZ J Obstet Gynecol 1986 Aug; 26 (3) 172-6.

15. - Varn L., Seed N., Otras . En Clínicas Obstétricas y Ginecologicas.
Otras mal presentaciones que no son de nalgas.
Ed. Interamericana. Vol 2, 1986 Pag. 425-437.