

11217
284

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO ACTUAL DE LAS VARIETADES
POSTERIORES DE OCCIPUCIO

DR. JAVIER OCTAVIO VERA MORALES

TESIS DE POST-GRADO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Hospital General 1o. de Octubre I. S. S. T. E.

MEXICO, D. F.

~~2001~~ - ~~2002~~

2002



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.

A mis padres:
el eterno agradecimiento

A mi esposa e hijos:

Con amor

A mis hermanos:
Por compartir sus vidas conmigo

A mis suegros:
Por toda la ayuda recibida

Al Dr. Sergio Villalobos Valencia

Por su incondicional apoyo

Al Dr. Julián Covarrubias de la Mota

Director de ésta tesis

Por la amistad, enseñanza y desinteresada ayuda

A los Médicos Adscritos del Servicio
Por la enseñanza recibida

A mis compañeros residentes
Por su amistad

Al Hospital General lo. de Octubre
Por la oportunidad en mi formación

A las pacientes
Por su valiosa colaboración

I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEORICO	4
DEFINICION	
FRECUENCIA	
ETIOLOGIA	
MECANISMO NORMAL DEL TRABAJO DE PARTO	5
TRATAMIENTO	7
ANATOMIA NORMAL DE LA PELVIS OSEA	
DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO	11
METODOLOGIA RADIOLOGICA	15
MATERIAL Y METODO	17
RESULTADOS	19
ANALISIS	33
RESUMEN	35
BIBLIOGRAFIA	36

I N T R O D U C C I O N

Las variedades posteriores de occipucio, consideradas como causa de distocia, son un problema al que frecuentemente se enfrenta el obstetra y del cual no se tiene aún un criterio uniforme en cuanto a su manejo.

Desde las descripciones referidas en los textos clásicos de obstetricia, hasta nuevos estudios basados en registros tococardiográficos, se ha observado que este tipo de malposiciones de la presentación tienden a prolongar y en ocasiones a impedir la evolución normal del trabajo de parto.

En las mencionadas comunicaciones, se ha referido esta variedad de posición como secundaria a pelvis oseas anormales del tipo androide y antropoide (1,2,3,4).

En las descripciones originales, éstos autores no las consideran como causa de distocia, ya que manifiestan que la rotación anterior espontánea o inducida mediante el uso de forceps es lo que seguramente ocurre.

Con el advenimiento de la Perinatología y de nuevos recursos para la vigilancia de la dinámica durante el parto, se ha comprobado que en estas variedades de posición, se alargan tanto el primer como el segundo periodos del trabajo de parto y que ocurre una incidencia más elevada de decele^uraciones patológicas de la frecuencia cardiaca fetal, así como cifras bajas en las escalas de evaluación neonatal, -- (5,6). Se deduce según lo anterior que la evolución normal de las curvas de dilatación cervical se encuentran alteradas, tanto en nulíparas como en multíparas.

Si a lo anterior se agrega que el manejo actual de la paciente en trabajo de parto es bajo algún procedimiento anestésico y de éste, el generalmente elegido es el bloqueo peridural continuo con sus consabidos convenientes e inconvenientes, siendo importante entre éstos últimos y para la evolución de las variedades posteriores, la inhibición de la actividad uterina y del reflejo de pujo, siendo éste su-

mamente importante en el periodo expulsivo y para el movimiento de rotación interna a una variedad anterior que lo facilite.

Como se ha visto, la incidencia, curso y pronóstico del parto en posiciones posteriores, continúa siendo aún un problema de difícil resolución

Se pueden considerar altos los índices de morbilidad fetal inmediata (5), aún sin tomar en cuenta las posibles -- complicaciones del producto a largo plazo, así como las complicaciones maternas (desgarros, hemorragias, infecciones) que ensombrecen aún más el pronóstico maternofetal en este tipo de malposiciones.

Es por eso que se pretende por medio del presente estudio tratar de aclarar la conducta y de unificar el criterio en cuanto al manejo de estos problemas.

Sabiendo de antemano que estas malposiciones obedecen a pelvis oseas con diámetros y estrechos alterados, se busca -- por medios radiológicos la medición de la pelvis, sin que es to signifique pretender substituir a la clínica, e intentando predecir hasta que valores es posible la resolución obstétrica por vía vaginal y de otros por abajo de los cuales deba optarse por la vía abdominal, tratando de mejorar el pronóstico del binomio.

O B J E T I V O S

- 1.- Reconocer a las variedades posteriores de occipuccio como una causa frecuente de distocia, ya que en la mayoría de los casos son causa de complicaciones materno-fetales.
- 2.- Elaborar una metodología diagnóstica una vez que se reconozcan dichas malposiciones de la presentación y con ésto -- tratar de unificar el criterio terapéutico.
- 3.- Dar a conocer los resultados que se obtuvieron en un grupo de estudio formado por la población obstétrica de los pacientes derechohabientes del Hospital lo. de Octubre, del -- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en un periodo comprendido del mes de junio - de 1981, al mes de noviembre de 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A R C O T E O R I C O

I.- DEFINICION.

Se ha definido a las variedades posteriores de occipucio como una malposición de la presentación, cuando ésta se encuentra de vértice y en la cual el punto toconómico como es sabido es el occipucio. Se ha considerado así tomando en cuenta que en el mecanismo normal del trabajo de parto en las presentaciones de vértice, el punto toconómico rota normalmente hacia una posición transversa inicial y anterior más adelante cuando alcanza el tercer y cuarto planos de Hod^ge, de forma que por causas determinadas por alteraciones en la forma o medidas de la pelvis ósea, tal rotación se efectúa hacia la parte posterior de la pelvis.

II.- FRECUENCIA.

Desafortunadamente son pocas las referencias que se tienen al respecto. En las consultadas, la frecuencia oscila del 6 al 40% y aún de 50% (1,2), y tomando en cuenta que los primeros reconocen dentro de las variedades posteriores una pesajera y una genuina. Estas cifras se mencionan para el encajamiento y descenso, quedando para el desprendimiento o expulsión una frecuencia que oscila entre el 1.5 al 2%.

III.- ETIOLOGIA.

Estas malposiciones de la presentación se han relacionado basicamente con dos hechos: el primero y más importante es la asociación con pelvis óseas anormales, fundamentalmente del tipo androide y antropeide y combinaciones de éstas con el biotipo normal de la mujer, y secundariamente consecutivas a la posición del dorso del producto, primordialmente cuando éste se encuentra posterior. Sin embargo, también se mencionan factores determinantes como son la actitud en deflexión del producto y formas o tamaños superiores al prome-

dio de la cabeza y peso, siendo esto mas evidente cuando se trata de nulíparas, que ofrecen un canal de parto más rígido.

III.- MECANISMO NORMAL DEL TRABAJO DE PARTO.

La presentación de vértice o de occipuccio ocurre aproximadamente el el 95% de los casos (2). En la mayoría, el vértice se introduce a la pelvis con la sutura sagital utilizando el diametro transversal de la misma. Por medio de el examen vaginal se encuentra que la sutura sagital está en posición transversa y equidistante entre la sínfisis y el sacro. Si se tiene en cuenta la forma irregular del conducto pelviano y las dimensiones relativamente grandes de la cabeza fetal madura, resultará evidente que no todos los diámetros de la cabeza pueden atravesar necesariamente todos los diámetros de la pelvis. De lo anterior se deduce que para que el nacimiento tenga lugar, es necesario un proceso de adaptación. Estos cambios de posición de la parte que se presenta, constituyen el mecanismo del parto. Basicamente se han descrito los siguientes:

a) Encajamiento.- Es el mecanismo gracias a el cual el diametro biparietal atraviesa la entrada de la pelvis, y que es determinado por las fuerzas de las contracciones uterinas del parto, debe ser equidistante en el sentido anteroposterior, pero generalmente se observa que en ocasiones no ocurre así, determinando asinclitismos, siendo éste posterior en el 75% de los casos.

b) Descenso.- Es, el primer requisito para el nacimiento, y cuya extensión varía según se trate de una primigrávida o de una múltipara. El descenso se debe a una o más de las siguientes fuerzas: presión del liquido amniótico, presión directa del fondo sobre las nalgas, contracción de los músculos abdominales y extensión y enderezamiento del cuerpo del feto.

c) Flexión.- La flexión tiene lugar cuando la cabeza --

dio de la cabeza y peso, siendo esto mas evidente cuando se trata de nulíparas, que ofrecen un canal de parto más rígido.

III.- MECANISMO NORMAL DEL TRABAJO DE PARTO.

La presentación de vértice o de occipuccio ocurre aproximadamente el el 95% de los casos (2). En la mayoría, el vértice se introduce a la pelvis con la sutura sagital utilizando el diametro transversal de la misma. Por medio de el examen vaginal se encuentra que la sutura sagital está en posición transversa y equidistante entre la sínfisis y el sacro. Si se tiene en cuenta la forma irregular del conducto pelviano y las dimensiones relativamente grandes de la cabeza fetal madura, resultará evidente que no todos los diámetros de la cabeza pueden atravesar necesariamente todos los diámetros de la pelvis. De lo anterior se deduce que para que el nacimiento tenga lugar, es necesario un proceso de adaptación. Estos cambios de posición de la parte que se presenta, constituyen el mecanismo del parto. Basicamente se han descrito los siguientes:

a) Encajamiento.- Es el mecanismo gracias a el cual el diametro biparietal atraviesa la entrada de la pelvis, y que es determinado por las fuerzas de las contracciones uterinas del parto, debe ser equidistante en el sentido anteroposterior, pero generalmente se observa que en ocasiones no ocurre así, determinando asinclitismos, siendo éste posterior en el 75% de los casos.

b) Descenso.- Es, el primer requisito para el nacimiento, y cuya extensión varía según se trate de una primigrávida o de una múltipara. El descenso se debe a una o más de las siguientes fuerzas: presión del liquido amniótico, presión directa del fondo sobre las nalgas, contracción de los músculos abdominales y extensión y enderezamiento del cuerpo del feto.

c) Flexión.- La flexión tiene lugar cuando la cabeza --

que desciende encuentra una resistencia, sea por parte del cuello, de las paredes de la pelvis o del suelo de la misma. Durante éste movimiento, el mentón es apoyado sobre el torax fetal y el diametro suboccipitobregmático más corto, substituye al diametro occipitofrontal más largo.

d) Rotación Interna.- Este movimiento consiste en una rotación de la cabeza de tal forma que el occipucio se mueve gradualmente desde su posición original, dirigiéndose anteriormente hacia la sínfisis pubiana, o con menor frecuencia hacia la concavidad del sacro. Este movimiento se efectúa cuando la presentación alcanza el tercer plano. Los factores responsables de la rotación interna son los siguientes: la musculatura del suelo pelviano forma un pesebre en forma de V, cuyas partes inclinadas divergen hacia adelante y arriba, las espinas ciáticas penetran dentro de la cavidad pelviana creando el plano de dimensiones mínimas. Con la flexión el occipucio queda más abajo que el bregma y sincipucio al descender la cabeza.

e) Extensión.- Cuando la cabeza intensamente flexionada alcanza la vulva, se desarrolla la extensión, esencial para nacer, a saber, la extensión lleva la base del occipucio a un contacto directo con el margen inferior de la sínfisis pubiana. Este movimiento se debe a dos factores. En primer lugar al ser dirigida la apertura vulvar hacia arriba y adelante, es necesario que haya una extensión antes que la cabeza pueda pasar este orificio y secundariamente a esta posición cualquier fuerza ejercida sobre la cabeza tiene que originar necesariamente una extensión mayor.

f) Expulsión.- Casi inmediatamente después de la rotación externa aparece por debajo de la sínfisis pubiana el hombro anterior y poco después el posterior distiende el perineo. Después del nacimiento de los hombros, es expulsado rápidamente el resto del cuerpo.

V.- TRATAMIENTO.

Este capítulo, amén de ser uno de los motivos del presente estudio, es el que más controversias ha provocado.

Como ya se ha mencionado en las referencias citadas, -- la mayoría de los autores no lo consideran como causa de distocia.

Se ha mencionado que el curso del parto suele alargarse sin mencionar específicamente el tiempo requerido para tal, -- y las probables complicaciones materno-fetales que conlleva además de las variadas maniobras que se mencionan necesarias para la resolución adecuada de estos casos.

Por otra parte la diferencia existente entre el manejo anterior y actual que se tiene con las pacientes en trabajo de parto, refiriendonos específicamente a los métodos anestésicos utilizados, ya que como es sabido en tiempos anteriores el curso normal del trabajo de parto no se interfería -- con procedimientos anestésicos que ahora se manejan y de los cuales el bloqueo peridural continuo, ampliamente recomendado, tiende a interferir la evolución normal del trabajo de -- parto, por las ya mencionadas desventajas que tiene.

VI.- ANATOMIA NORMAL DE LA PELVIS OSEA.-

La pelvis menor o real, comprendida entre la línea innominada (o estrecho superior) por arriba y el estrecho inferior por abajo, tiene la forma de un cilindro incurvado hacia adelante y abajo: la pared anterior está formada por el pubis, mide 4 a 5 cm. de alto es más corta que la pared posterior (sacrococixis) que mide 12 cm de altura. Las partes superior e inferior del cilindro pelviano son más estrechas que su sector medio (excavación).

Desde el punto de vista de la planimetría, parámetro de interés obstétrico, se han considerado clásicamente los 4 -- planos paralelos de Hodge, fácilmente distinguibles y separados entre si por 4 cm de distancia unos de otros y de los -- cuales por obvio de conocimiento no mencionaremos.

V.- TRATAMIENTO.

Este capítulo, amén de ser uno de los motivos del presente estudio, es el que más controversias ha provocado.

Como ya se ha mencionado en las referencias citadas, -- la mayoría de los autores no lo consideran como causa de distocia.

Se ha mencionado que el curso del parto suele alargarse sin mencionar específicamente el tiempo requerido para tal, -- y las probables complicaciones materno-fetales que conlleva además de las variadas maniobras que se mencionan necesarias para la resolución adecuada de estos casos.

Por otra parte la diferencia existente entre el manejo anterior y actual que se tiene con las pacientes en trabajo de parto, refiriendonos específicamente a los métodos anestésicos utilizados, ya que como es sabido en tiempos anteriores el curso normal del trabajo de parto no se interfería -- con procedimientos anestésicos que ahora se manejan y de los cuales el bloqueo peridural continuo, ampliamente recomendado, tiende a interferir la evolución normal del trabajo de -- parto, por las ya mencionadas desventajas que tiene.

VI.- ANATOMIA NORMAL DE LA PELVIS OSEA.-

La pelvis menor o real, comprendida entre la línea innominada (o estrecho superior) por arriba y el estrecho inferior por abajo, tiene la forma de un cilindro incurvado hacia adelante y abajo: la pared anterior está formada por el pubis, mide 4 a 5 cm. de alto es más corta que la pared posterior (sacrococixis) que mide 12 cm de altura. Las partes superior e inferior del cilindro pelviano son más estrechas que su sector medio (excavación).

Desde el punto de vista de la planimetría, parámetro de interés obstétrico, se han considerado clásicamente los 4 -- planos paralelos de Hodge, fácilmente distinguibles y separados entre si por 4 cm de distancia unos de otros y de los -- cuales por obvio de conocimiento no mencionaremos.

Es necesario recalcar, la importancia que tiene la medición de los diámetros pelvianos, puesto que su valoración clínica y radiológica es de suma importancia para el tocólogo. Se -- han descrito los siguientes diámetros :

DIÁMETROS DEL ESTRECHO SUPERIOR.

I) Diámetros Anteroposteriores:

- a) Diámetro promontosuprapúbico (11 cm.) que va desde el - promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.
- b) Diámetro conjugado obstétrico (10.5 cm.) que va desde - el promontorio hasta la cara posterior de la sínfisis, a un centímetro por abajo de su borde superior.
- c) Diámetro promontosubpúbico (1.5 a 2 cm. más largo que el anterior) que va desde el promontorio a el borde inferior - de la sínfisis.

II) Diámetros Transversos:

- a) Diámetro transverso máximo (13 cm), perpendicular a el - promontosuprapúbico en la parte más ancha de las líneas innominadas.
- b) Diámetro transverso útil, equidistante de la sínfisis y - del promontorio, también perpendicular al promontosuprapúbico (12.5 a 13 cm.).

DIÁMETROS DE EXCAVACION

I) Diámetros anteroposteriores:

- a) Diámetro anteroposterior del estrecho medio (12.5 cm) -- que va desde la parte media de la sínfisis púbica al espacio entre S2 y S3.
- b) Diámetro Subsacro-subpúbico (11.5 cm.) desde la punta - del sacro hasta la parte inferior de la sínfisis púbica.

II) Diámetros transversos:

- a) Diámetro transverso del estrecho medio (12.5 cm.) que va de un lado a otro de la pelvis a la altura del borde superior de los cotilos.
- b) Diámetro bispinoso (11 cm.) que une ambas apofisis espinosas en su relieve posterior máximo.

DIAMETROS DEL ESTRECHO INFERIOR

I) Diámetros anteroposteriores :

a) Diámetro anteroposterior del estrecho inferior (variable de 9.5 a 11.5 cm.) que va desde la punta del coxis hasta el borde inferior de la sínfisis púbica.

II) Diámetros transversos :

a) Diámetro bisquiático (11 cm.) que une los bordes internos de las tuberosidades isquiáticas.

DIAMETROS SAGITALES

a) Diámetro sagital posterior del estrecho superior, que es la porción del diámetro anteroposterior comprendida entre su extremo posterior y la intersección con el diámetro transverso máximo, mide 4 cm, por atrás de este punto.

b) Diámetro sagital anterior del estrecho superior que mide 7 cm. por delante del transverso máximo.

c) Diámetro sagital posterior del estrecho medio, que mide 5 cm. por detrás de las espinas ciáticas.

d) Diámetro sagital posterior del estrecho inferior, que mide 7 cm. y va desde la punta del coxis a la intersección con el diámetro bisquiático.

Es también de importancia cardinal el reconocimiento de los tipos de pelvis ósea, ya que por sus características peculiares en la mayoría de los casos son las que determinan la evolución normal del trabajo de parto.

Desde 1897 y por motivo de un congreso en Moscú y a través de las modificaciones hechas por estudios radiológicos, se han considerado 4 tipos fundamentales de pelvis, las cuales según autores originales (Caldwell, Moley y D'Esopo) - son los siguientes:

I) Pelvis Ginecoide : considerada como el biotipo femenino normal. sus características son : estrecho superior redondeado u oval, con diámetros transversos máximo bien anterior, -- segmento posterior ancho y profundo. El segmento posterior -- es el que determina el tipo de pelvis. En este tipo el seg--

mento anterior también ancho u oval, el sacro está inclinado hacia atrás, con escotadura ciática ancha y plana en su parte alta, el ángulo subpubiano es abierto y de ramas cortas, las espinas ciáticas poco prominentes. Es en suma la pelvis ideal para el parto cuando sus dimensiones son normales.

Según los autores originales, el encajamiento en sentido transversal ocurre en el 70% de los casos, el 20% en obliqua anterior y el 10 % en oblicua posterior.

II) Pelvis Antropoide. Se caracteriza por un estrecho superior ovalado de diametro anteroposterior grande y con diametro transversal máximo bien anterior, segmento posterior profundo pero menor que las pelvis ginecoides; segmento anterior estrecho ya que las ramas horizontales del púbis forman un ángulo agudo en la sínfisis. Escotaduras ciáticas anchas y planas, ángulo subpúbico por lo general ancho, espinas ciáticas poco prominentes. Para este tipo de pelvis el encajamiento es de 37% para la posición anterior, de 35% para la transversa y de 28,0 para la posterior.

III) Pelvis Platipeloide: sus características son de estrecho superior ovalado, de eje mayor aumentado, escotadura ciática profunda y corta y espinas ciáticas prominentes.

A este tipo de pelvis le corresponden al encajamiento el 100% en sentido transversal. Los partos son dificultosos a causa de la prominencia de las espinas ciáticas y la estrechez anteroposterior que impide la rotación de la cabeza del producto.

IV) Pelvis Androide: se caracteriza por tener forma triángulo de base posterior y vértice anterior, diametro transversal máximo bien posterior, segmento posterior poco profundo, pelvis anterior estrecha por marcada convergencia de las ramas horizontales del púbis, escotadura ciática profunda y estrecha, sacro dirigido e inclinado hacia adelante, ángulo subpúbico alto y estrecho, espinas ciáticas anchas y prominentes. A este tipo de pelvis el encajamiento ocurre en el 23,5 en occipito posterior y 10,0 en anterior y por consiguiente im-

piden la rotación de la cabeza fetal (4).

También se han referido los tipos intermedios de pelvis que son combinaciones de las 4 formas clásicas y en conclusión las de características andróides son las de peor pronóstico para el parto.

También se menciona que existen pelvis que se pueden -- considerar como patológicas o viciadas y ocurre así cuando -- su forma, dimensiones o inclinación están alteradas y causan dificultad en el parto. Son diversas las clasificaciones que se tienen al respecto, pero básicamente se resumen en los siguientes tipos : a) pelvis de dimensiones aumentadas, b) -- pelvis de dimensiones disminuidas (Justo Minor) c) pelvis obstruidas y d) pelvis de inclinación anormal.

VII.- DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO.

Con el advenimiento de la Perinatología y de nuevos recursos para la vigilancia de la dinámica durante el parto, se ha -- comprobado que en éstas variedades de posición se alargan tanto el primer como el segundo periodos del mismo y que ocurre una incidencia más elevada de deceleraciones patológicas de la frecuencia cardíaca fetal, así como cifras más bajas en -- las escalas de evaluación neonatal (5,6).

Estos últimos datos están basados en una serie de 431 -- casos en los que habiéndose descartado a las pacientes con -- patología obstétrica, se efectuaron registros continuos de la presión intraamniótica, trazándose las curvas de dilatación cervical en relación al tiempo, las cuales se exponen para -- su mejor comprensión.

De tal forma la dilatación cervical completa requirió de 5.40 hrs. para la variedad anterior. 6.50 para la transversa y 9.25 para la posterior. Como se trató de mediciones de la presión intrauterina, también se observó que con contracciones similares en intensidad (41 a 45 mm de Hg.) el número de las mismas fue de 118 para la variedad anterior, 126 -- para la transversa y 209 para la posterior.

piden la rotación de la cabeza fetal (4).

También se han referido los tipos intermedios de pelvis que son combinaciones de las 4 formas clásicas y en conclusión las de características andróides son las de peor pronóstico para el parto.

También se menciona que existen pelvis que se pueden -- considerar como patológicas o viciadas y ocurre así cuando -- su forma, dimensiones o inclinación están alteradas y causan dificultad en el parto. Son diversas las clasificaciones que se tienen al respecto, pero básicamente se resumen en los siguientes tipos : a) pelvis de dimensiones aumentadas, b) -- pelvis de dimensiones disminuidas (Justo Minor) c) pelvis obstruidas y d) pelvis de inclinación anormal.

VII.- DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO.

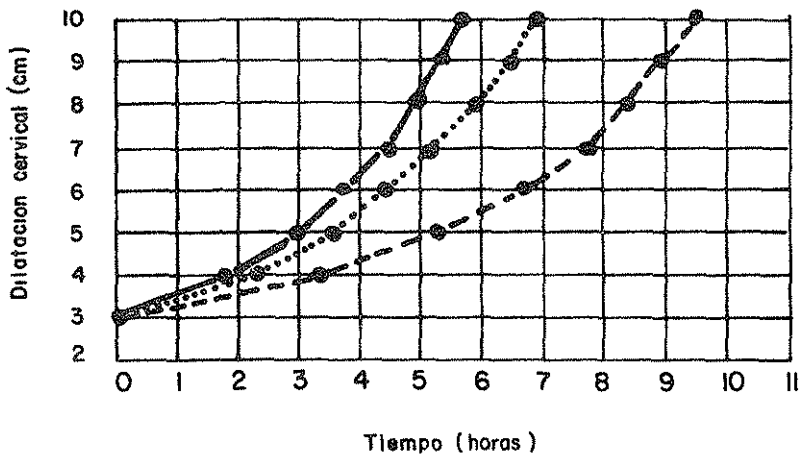
Con el advenimiento de la Perinatología y de nuevos recursos para la vigilancia de la dinámica durante el parto, se ha -- comprobado que en éstas variedades de posición se alargan tanto el primer como el segundo periodos del mismo y que ocurre una incidencia más elevada de deceleraciones patológicas de la frecuencia cardíaca fetal, así como cifras más bajas en -- las escalas de evaluación neonatal (5,6).

Estos últimos datos están basados en una serie de 431 -- casos en los que habiéndose descartado a las pacientes con -- patología obstétrica, se efectuaron registros continuos de la presión intraamniótica, trazándose las curvas de dilatación cervical en relación al tiempo, las cuales se exponen para -- su mejor comprensión.

De tal forma la dilatación cervical completa requirió de 5.40 hrs. para la variedad anterior. 6.50 para la transversa y 9.25 para la posterior. Como se trató de mediciones de la presión intrauterina, también se observó que con contracciones similares en intensidad (41 a 45 mm de Hg.) el número de las mismas fue de 118 para la variedad anterior, 126 -- para la transversa y 209 para la posterior.

Promedio de curvas de dilatacion cervical en 166 nulparas agrupadas segun la variedad de posicion.

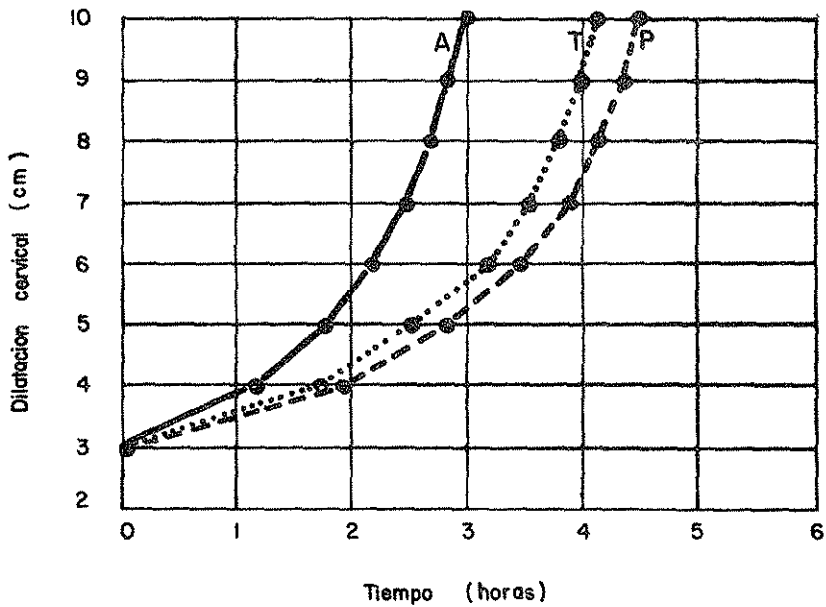
A: Anterior
T: Transversa
P: Posterior



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Promedio de dilatacion cervical en 265 multiparas agrupadas segun la variedad de posicion

A: Anterior
T: Transversa
P: Posterior



Refiriendose a la persistencia y curso del parto se menciona que si son pelvis con el estrecho medio acortado, tanto el descenso como la rotación interna se verán de alguna forma impedidos, dejando dos posibilidades para la rotación, o bien que rote 45 grados hacia adentro y que descienda en occipito sacra, o bien la rotación hacia arriba de 135 grados y descenso en occipito-púbica, ocurriendo esto para otros autores hasta que la cabeza se encuentra en el suelo pélvico.

Se han descrito varias maniobras para el alumbramiento de la cabeza que van desde la rotación manual anterior, seguida de forceps tractores, la rotación y extracción con forceps de tipo Kielland y la tecnica de rotación y extracción por las maniobras de Scanzoni, así como la rotación y extracción con Vacuum Extractor actualmente casi en deshuso, dejando según los autores la posibilidad de operación cesárea únicamente para las posiciones transversas persistentes y posteriores altas con un grado importante de moldeamiento, cuando se confirme desproporción o cuando el parto dure más de 20 horas.

M E T O L O G I A R A D I O L O G I C A

En el presente estudio y como se expondrá más adelante, se utilizó la radiocefalopelvimetría como método auxiliar - en el diagnóstico y tratamiento una vez que se corroboró la variedad de presentación anómala.

Han sido y son múltiples, los índices y diámetros que se han considerado importantes en la valoración de la pelvis ósea. Desde la descripción clásica de Caldwell, Moloy y D'Esopo, se adicionan las de Colcher y Sussman, Walsh, Hass y Mc. Lean etc. En el presente se prefirió el método conocido como cefalopelvímétrico de Thoms, el cual recomienda los siguientes diámetros que son básicamente los de mayor importancia para el parto y también los que incluyen la mayoría de las descripciones anatómicas :

ESTRECHO SUPERIOR

- a) Diámetro anteroposterior o conjugado verdadero.
- b) Diámetro transversal máximo.
- c) Diámetro Sagital posterior.

ESTRECHO MEDIO

- a) Diámetro bisplanoso ó biciático.
- b) Diámetro anteroposterior.
- c) Diámetro sagital posterior.

ESTRECHO INFERIOR

- a) Diámetro bisquifático.
- b) Diámetro sagital posterior.

Se eligió dicha clasificación ya que todos los demás autores mencionados hacen una mezcla de los que he los referido y por que se incluyen, como ya se dijo, los más útiles, sobre todo los sagitales posteriores, que en las presentaciones posteriores son los más alterados.

Se utilizó también y en forma sistemática el conocido índice de C. Coorel, que con un valor únicamente el estrecho superior de la pelvis, da información aproximada de las

dimensiones de la misma y que finalmente fue de utilidad, ya que basandonos en sus índices, se determinó en la mayoría de los casos la vía de resolución. De acuerdo a este índice resultados superiores a 1.5 indican proporción y menores desproporción.

Es importante mencionar que para la medición de los diámetros sagitales posteriores las constantes encontradas son de una variabilidad muy amplia, lo cual está determinado por las distintas formas del sacro, de las que se conoce influyen activamente el segundo periodo del trabajo de parto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M A T E R I A L Y M E T O D O

El Hospital General lo. de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, tiene una población de derechohabientes que oscila entre los 383,500 a 400,000; y anualmente la división de Ginecobiología atiende un promedio de 10,634; correspondiendo 5,148 a pacientes obstétricas atendidas en el servicio de Tococirugía y 5846 que acuden al servicio de Ginecología.

Para el presente estudio se eligieron pacientes obstétricas todas primigestas, o en su defecto sin el antecedente de parto vaginal anterior, tratando también de excluir a aquellas a las que se consideró como embarazo de alto riesgo o producto valioso en las cuales la indicación de la resolución quirúrgica del embarazo es más evidente.

Se optó por esta decisión pensando en la ya conocida diferencia que existe en el curso de un parto de una paciente nulípara y una con un parto anterior o más, en las cuales un canal de parto menos rígido, permite que los mecanismos sean menos difíciles por la menor resistencia que ofrecen las partes blandas al paso del producto.

De esta forma se eligieron 70 pacientes, investigando su edad, antecedentes obstétricos, duración del embarazo en semanas contado a partir de la fecha de la última menstruación, todas el primer periodo de trabajo de parto y tratando de investigar la fecha y hora aproximada de la iniciación de este con el objeto de establecer sus curvas de dilatación cervical. Mencionaremos que en algunas pacientes dichas curvas se iniciaron a partir de los 2 cm. de dilatación según la recomendación de varios autores, pero en otras con un grado de dilatación más avanzado, se integraron a la curva normal del trabajo de parto.

Bajo vigilancia obstétrica y en sala de labor, se llevó a cabo la elaboración de las curvas de trabajo de parto, uti

lizando en la mayoría de los casos el bloqueo peridural continuo como método anestésico, indicado cuando se alcanzaba una dilatación aproximada de 5 cm.

Cuando se detectó alteración en la evolución de las curvas, y se corroboró la presentación posterior, se solicitó la radiocefelopelvimetría en las cuales se investigó intencionadamente la situación, posición, variedad de posición, plano radiológico, características biotipológicas de la pelvis, índice de Mc. Connell y mediciones de los diámetros sagitales posteriores, y anotando otros como la actitud, presencia o ausencia de parámetros para edad gestacional, los cuales fueron considerados como accesorios.

Finalmente se anotó el tipo de resolución obstétrica, ya fuera parto eutócico, distócico o cesárea, anotando el tiempo requerido para tal y las curvas en relación al tiempo y por otro lado los datos referentes al producto, fundamentalmente el peso y Apgar a los 1, 5 y 10 minutos.

R E S U L T A D O S

a) FRECUENCIA.- No es posible en el presente trabajo referirnos a la frecuencia de las variedades posteriores de ocupación, ya que aunque se trató de forma prospectiva de reunir el grupo de estudio, en ocasiones no se detectaron estas mal posiciones de la presentación y aunque se presentaron las distocias, no se efectuaron los procedimientos diagnosticos que se sugieren y por lo tanto no fue posible integrarlos al grupo estudiado.

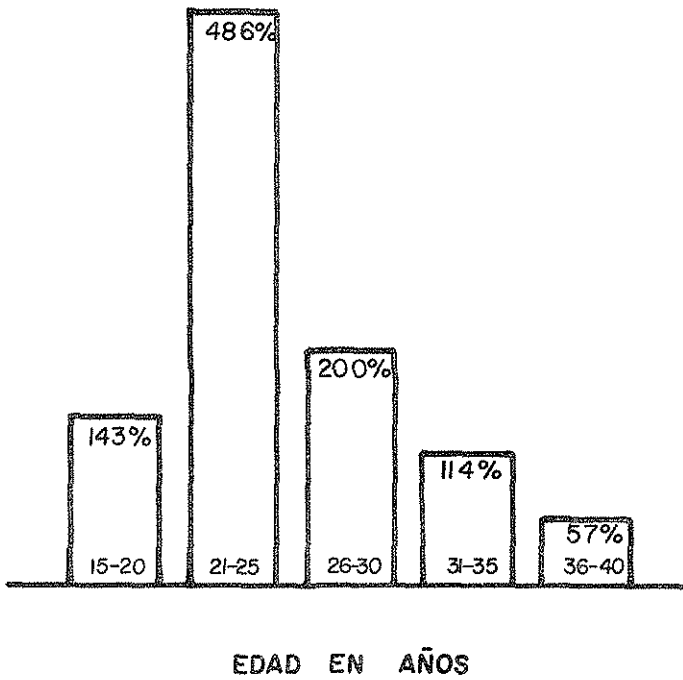
b) EDAD.- Ocurrió la mayor incidencia en el grupo comprendido entre los 21-25 años y descendiendo paulatinamente hacia las edades extremas, encontrando en el grupo de 15-20 el 14.3% y en grupo de 36-40 el 5.7%.

c) ANTECEDENTES OBSTETRICOS.- El 70% correspondieron al grupo de GI PO, del GII AI correspondió el 15.8% y del grupo GII CI el 5.7 %, dejando porcentajes muy poco significativos para el resto, quienes habían tenido dos abortos o dos cesáreas o una combinación de estas y en quienes la resolución obstetrica es más evidente por considerarse embarazo de riesgo elevado o producto valioso.

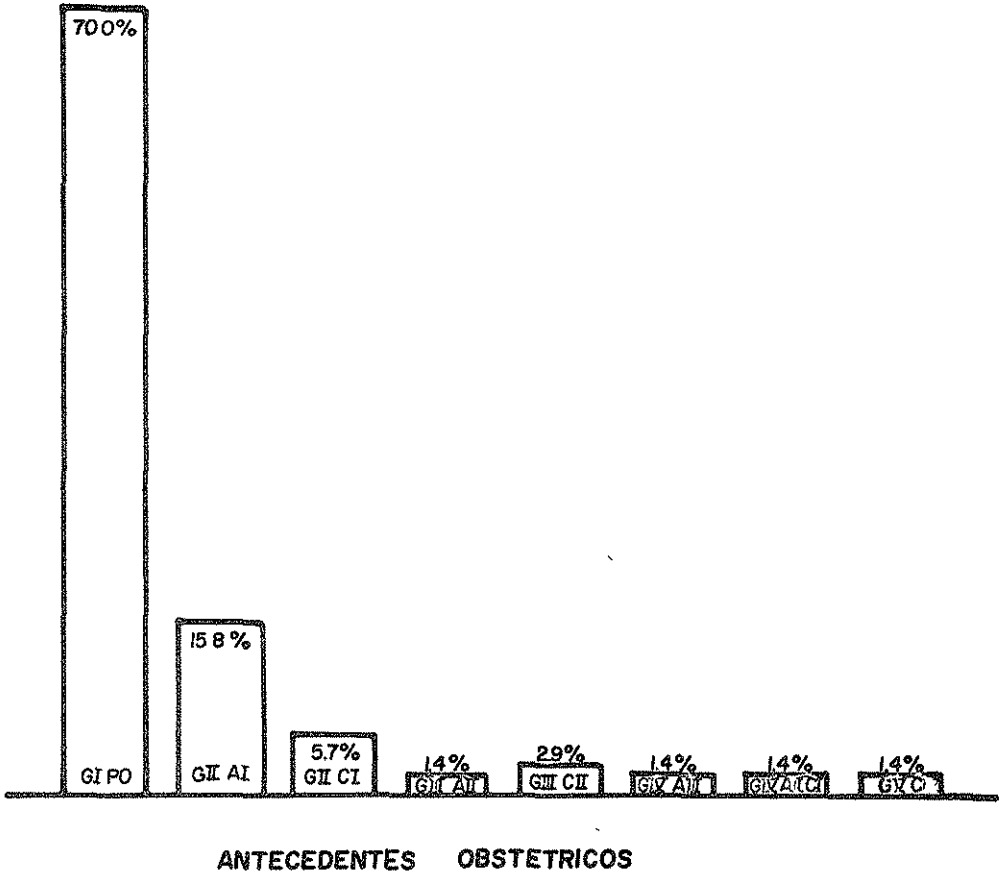
d) EDAD GESTACIONAL.- Al grupo de pacientes con embarazos comprendidos de menos de 38 semanas de gestación, le correspondió el 5.7%. Al grupo de las embarazadas con edades gestacionales comprendidas entre 38 a 40 semanas, les correspondió el 55.7% y a los comprendidos entre 40 a 42 semanas de gestación les correspondió el 32.9%, finalmente a los que se consideraron como mayores de 42 semanas les correspondió el 5.7%.

e) PESO DEL PRODUCTO.- Se analizó este parámetro por la importancia ya mencionada que tiene el mismo en la evolución del trabajo de parto, encontrando que para el grupo de menos de 3000 gr. su incidencia fue de 18 casos para un 25.7%. En el grupo de 3000 a 3250 gr. se encontraron 20 casos que representan el 28.6 %. Del grupo que reúne los comprendidos en

FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDADES

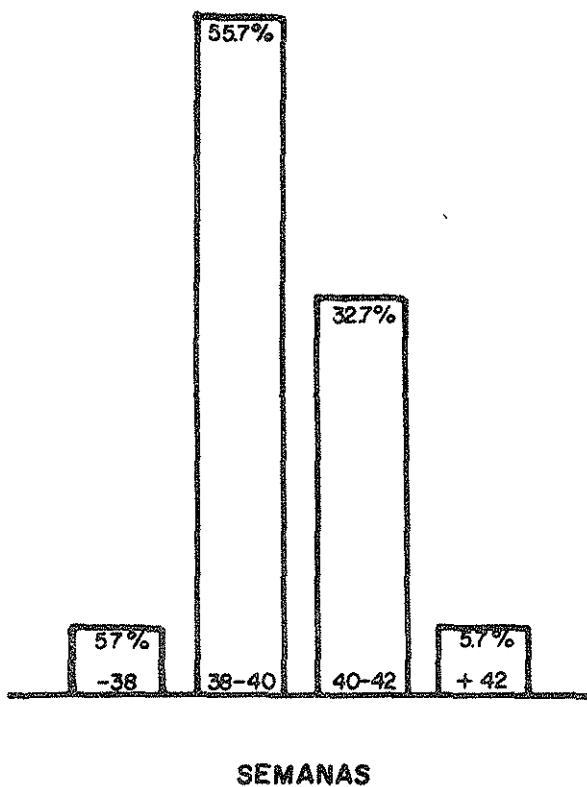


FRECUENCIA SEGUN ANTECEDENTES OBSTETRICOS

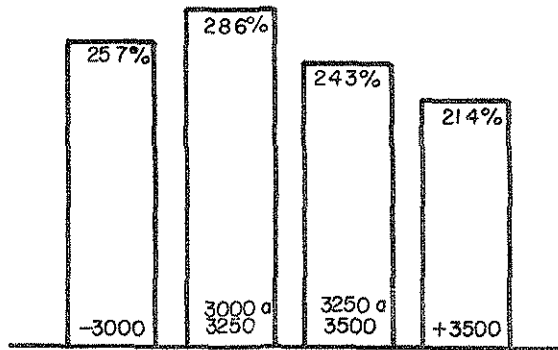


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA SEGUN EDAD GESTACIONAL



FRECUENCIA SEGUN PESO DEL PRODUCTO



PESO EN GRS.

entre 3250 a 3500 gr. se encontraron 17 casos que representan el 24.3% y del grupo cuyos pesos fueron mayores de 3500 gr. ocurrieron 15 casos que representan el 21.4%.

f) RESOLUCION OBSTETRICA.- 15 casos (21.4%) tuvieron un parto eutócico, un grupo similar, 14 casos que representan el 20% tuvieron un parto distócico con aplicación de forceps y el grupo que más incidencia tuvo fue los que requirieron operación cesárea, correspondiéndoles 41 casos para un 58.6%

A continuación se presentan por separado los tres grupos de resolución obstétrica, anotando el tiempo requerido para tal y las curvas promedio.

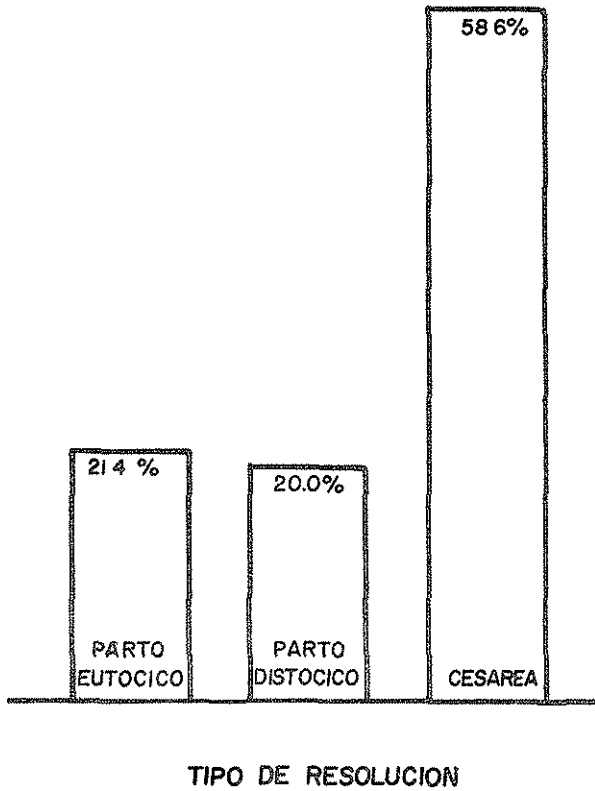
1.- PARTO EUTOCICO: en los casos en que la resolución fue parto espontáneo, se analizó el tiempo que transcurrió antes de éste y relacionándolo con las mediciones del índice de Mc. Conell, encontrando que el porcentaje más alto de estos (46.7%) tuvieron una duración de 6 a 10 horas y con un índice de Mc. Conell que variaba entre 1.8 a 2.1; en el 40% de los casos el parto ocurrió entre las 10 y 13 horas en los cuales se encontró un índice de Mc. Conell que osciló entre 1.3 a 2; el grupo de menor porcentaje (13%) fue para los que presentaron un trabajo de parto de menos de 4 hrs. en los cuales el índice cefalopelvométrico fue mayor de 2.5.

Cabe mencionar que en todos los casos de parto eutócico el desprendimiento de la cabeza fue en occipito-pública.

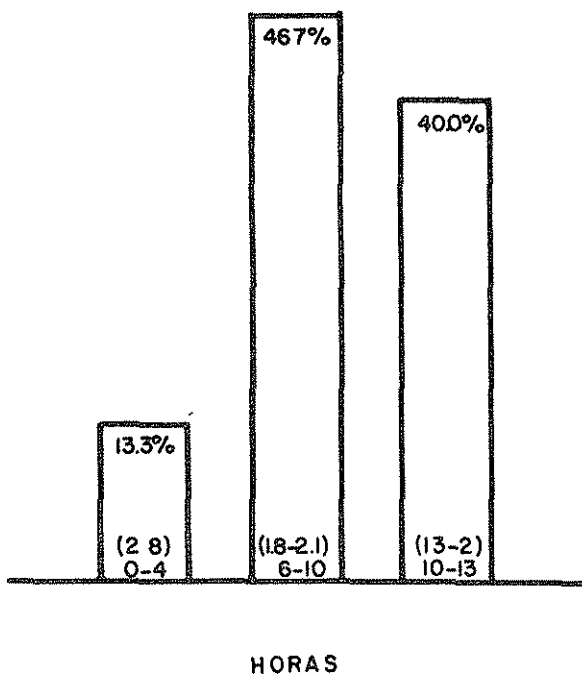
2.- PARTO DISTOCICO CON APLICACION DE FORCEPS: en el grupo de pacientes que presentaron este evento, también se les dividió en grupos horarios, encontrando que el 50% lo presentaron en un periodo de 4 a 6 horas; el 21.4% lo presentaron en un periodo de 7 a 9 horas y un tercer grupo que representa el 14.3% recurrió de 10 a 12 horas, así mismo otro grupo similar recurrió menos de 3 hrs.

Del total de esta serie de 14 casos, el desprendimiento de la cabeza ocurrió en dos casos en variedad occipito-sacra y mediante la aplicación de forceps entre el I-II plano obs-

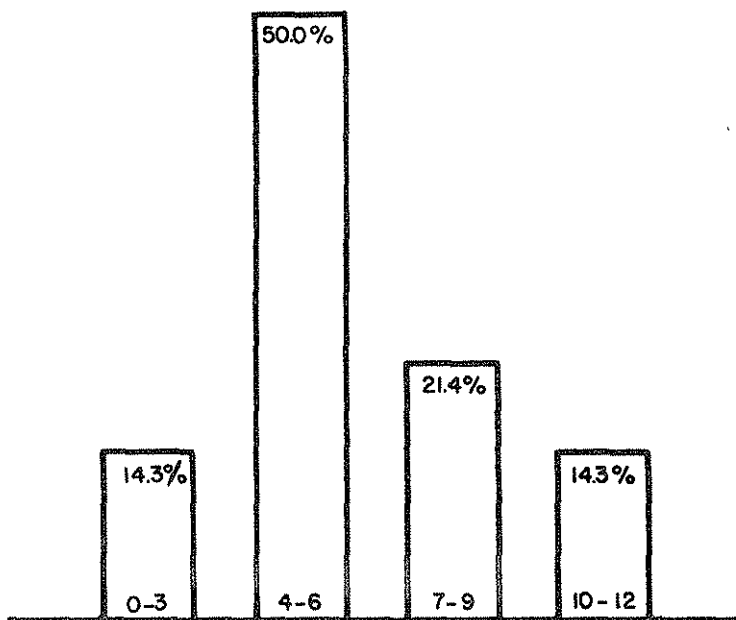
FRECUENCIA SEGUN RESOLUCION OBSTETRICA



Duración del trabajo de parto en los casos de Eutocia, anotados en grupos horarios. El índice de McConnel se encuentra entre parentesis.



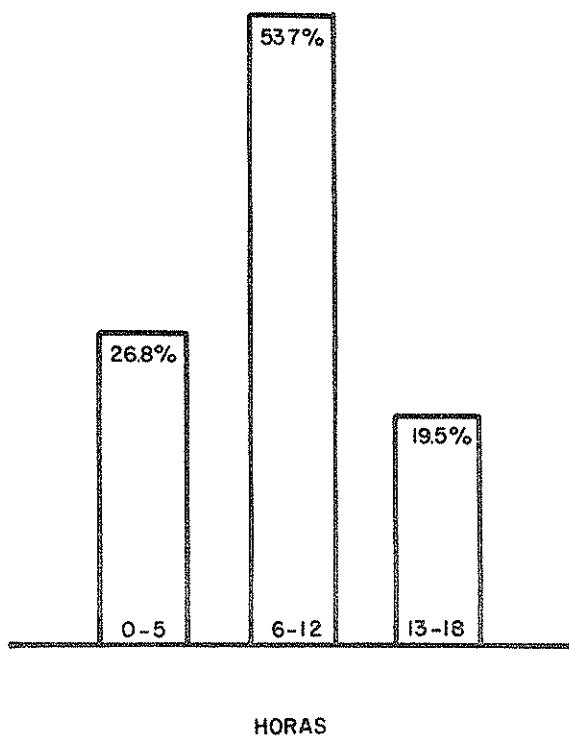
Duración del trabajo de parto en los casos de aplicación de Forceps,
anotados en grupos horarios



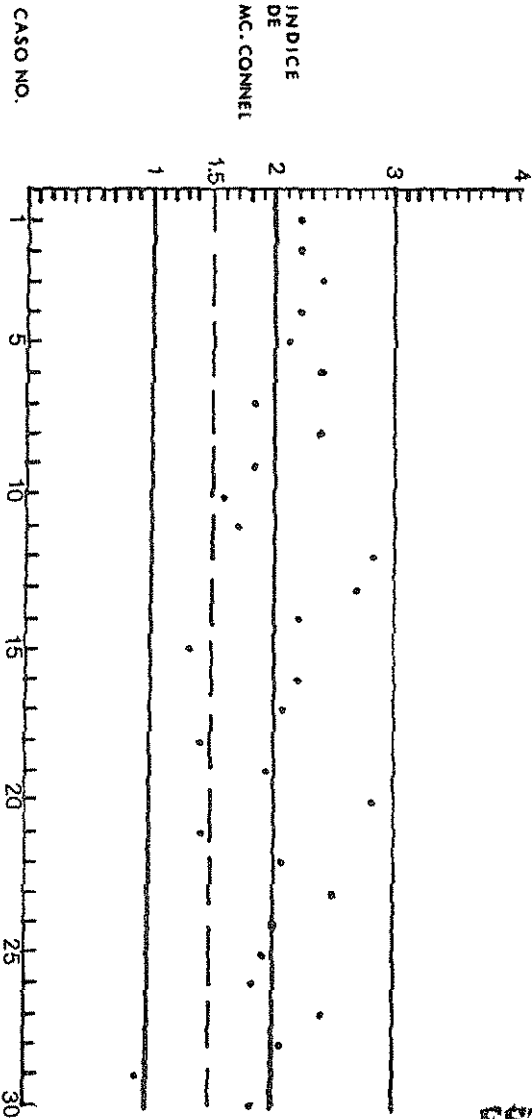
HORAS

28

Tiempo transcurrido antes de la resolucion quirurgica ,anotado en grupos horarios.



INDICES DE MC.CONNELL PROMEDIO EN LOS CASOS DE RESOLUCION QUIRURGICA POR CESAREA



ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

tétrico.

3.- RESOLUCION MEDIANTE OPERACION CESAREA: en forma similar se anotaron en grupos horarios en tiempo transcurrido antes de la intervención, encontrando que un 53.7% de los casos el tiempo promedio fue de 6 a 12 horas, un 19.5% ocurrió entre las 13 a 18 horas y en un 20% el tiempo transcurrido fue menor a 5 horas.

g) RESULTADOS DE LA VALORACION RADIOLOGICA.- No fue posible la realización del estudio en todo el grupo, debido en una parte a la diferencia de opiniones que se tiene en cuanto a la utilidad del método y por otra de no disponer de todos los expedientes radiológicos por estar incompletos o con defectos en la técnica que impedían su medición satisfactoria.

De este modo únicamente se dispuso del 50% de los mismos (35 casos) los cuales en conjunto con el servicio de radiología del hospital fueron valorados encontrando lo siguiente:

1.- BIOTIPO DE PELVIS: el más frecuente fue para la variedad ginecoandroide, detectándose 15 casos que representan el 42.9%, la segunda en frecuencia fue para el tipo ginecoide, detectándose 13 casos para un 37.1% y la de menor incidencia fue la de tipo androide con 7 casos para un 20%.

2.- VARIEDAD DE POSICION: ya que todas las pacientes presentaban variedades posteriores, se les dividió en derechas e izquierdas, correspondiendo a las primeras el 75% y el 24.3% para las segundas.

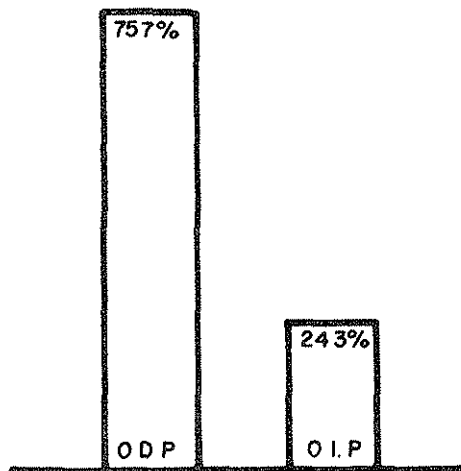
3.- VALORES PROMEDIO DEL INDICE DE MC. CONNELL: por la gran variabilidad que se encontró en esta medición, se decidió agrupar los casos en cifras promedio, formando tres grupos: el primero que comprende a los índices promedio entre 0.5 a 1.5 de los cuales se detectaron 3 casos que representan el 8.6%, el segundo que incluye a los valores promedio de 1.6 a 2.6 de los que resultaron 28 casos, correspondiendo les el 80% y el tercer grupo que incluye los índices de 2.7 en adelante de los cuales se detectaron 4 casos, correspondiéndoles el 11.4%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- DIAMETROS SAGITALES POSTERIORES: se encontraron cifras sumamente variables, algunos similares con los referidas por los autores originales, pero otras con una diferencia notable. Hay que mencionar que para su correcta valoración se requiere de la exposición lateral y lamentablemente en la mayoría de los casos de trataba de placas en las que la convergencia del rayo no fue adecuada y por tanto incorrecta. Por otro lado y como punto importante, la medición de éstos es dada por las diferentes formas del sacro, sin embargo su valoración es de suma importancia para la medición integral de la pelvis.

5.- PLANO RADIOLOGICO: de acuerdo con lo establecido -- por Hodge, en todas las pacientes y al momento de la valoración radiológica, no existió descenso de la presentación más abajo del II plano. Se encontró que en 18 casos la altura al canzaba el plano I, 10 casos entre el plano I-II y 7 casos alcanzaron el plano II.

FRECUENCIA DE VARIEDAD DE POSICION



POSICION

A N A L I S I S

Acerca de la frecuencia, edad y otros factores como la prolongación del trabajo de parto, no se encontró diferencia específica con lo reportado en la literatura nacional y mundial.

La evidencia más importante, la encontramos en la resolución obstétrica, dado que un 58.6% de las pacientes hubieron de ser sometidas a intervención cesárea por causas relacionadas con la variedad de posición y prolongación del trabajo de parto tales como: sufrimiento fetal, el cual en la mayoría de los casos fue inicial, falta de rotación y descenso, periodo expulsivo prolongado, dilatación cervical estacionaria. Por otro lado la frecuencia de aplicación de forceps fue de 20% siendo las causas basicamente las mismas anteriores, y el motivo de la aplicación fue porque las condiciones obstétricas así lo demandaban.

El peso del producto, siempre importante por la evolución del trabajo de parto en nuestra casuística, y no obstante al de las pacientes con variedades anteriores, fue obviamente factor importante para la rotación y descenso, no pudiendo efectuarlos en franca relación con el incremento del mismo.

Las probabilidades de parto eutócico se relacionan con la presencia de una buena proporción cefalopélvica, y a mejores diámetros, mejores posibilidades, según se demuestra en la obtención de los índices radiológicos.

Como punto importante, índices radiológicos considerados como normales para variedades anteriores, no lo son tanto para este tipo de variedades, siendo evidente la necesidad de un espacio mayor para poder efectuar el giro, o bien desprenderse en occipito-sacra. Por lo anterior se proponen índices radiológicos de mayor amplitud para este tipo de variedades de posición, observando que índices de 1.5 a 1.8 --

tienen muchas posibilidades de terminar en cesárea, de 1.9 a 2.2 la observación debe ser más estrecha y de 2.3 en adelante, las posibilidades de parto vaginal se cumplen.

El análisis del tipo de pelvis va en relación directa con el índice radiológico y es indicativa su determinación ante la evidencia de alteración que conlleva una pelvis estrecha, sobre todo en sus diámetros anteroposteriores.

No obstante la obtención de índices de proporción con posibilidades de espera de resolución vaginal, consideramos que no es completa dicha valoración si no es complementada con la práctica de la medición de los diámetros sagitales posteriores, pues una proporcionalidad del estrecho superior no indica esta misma posibilidad en el medio e inferior, tan importantes sobre todo en pelvis estrechas.

La detención de la presentación generalmente ocurre entre el segundo y tercer plano al no poder efectuar el giro correspondiente a la altura de las espinas ciáticas y diafragma pélvico, y por consiguiente no frecuentemente al alcance de una aplicación de forceps, que no cumple con los requisitos actuales en cuanto a tasas bajas de riesgo de daño mínimo. Y no por considerarlo al final, menos determinante, jugando en este tipo de variedades un papel sumamente importante, el procedimiento anestésico. Actualmente el bloqueo peridural continuo es el tipo de anestesia más difundido en nuestro medio y son conocidos sus efectos en la prolongación del trabajo de parto en general y en estas variedades creemos en particular, sobre todo en el expulsivo en donde las posibilidades de cooperación voluntaria de la paciente se encuentran frecuentemente inhibidas; no pudiendo llevar a cabo un esfuerzo de pujo adecuado que ayude al giro y expulsión de la cabeza e incrementando las posibilidades de la operadora obstétrica.

R E S U M E N

- 1.- Las variedades posteriores de occipuccio, son en nuestro medio una frecuente causa de distócia.
- 2.- De éstas, la derecha es la que con mayor frecuencia se observa.
- 3.- La frecuencia de operación cesárea es más elevada.
- 4.- La incidencia de aplicación de forceps también aumenta - (20%).
- 5.- Es de suma importancia al detectar esta variedad, determinar el tipo de pelvis y el índice radiológico de proporción, con la toma de los diámetros sagitales posteriores.
- 6.- La frecuente prolongación del trabajo de parto obliga a llevar una curva del mismo bajo vigilancia estrecha.
- 7.- Se proponen índices radiológicos de seguridad en relación al pronóstico:
 - de 1.5 a 1.8 alta probabilidad de distócia
 - de 1.9 a 2.2 observación estrecha
 - de 2.3 en adelante mejores perspectivas.
- 8.- La anestesia de tipo bloqueo peridural continuo de amplia difusión actual, es un factor importante en la alta frecuencia de esta distócia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Kaser O., Friedberg V. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Tomo II. Editorial Salvat. 1974.
- 2.- Hellman Louis, Pritchard Jack. Obstetricia de Williams. Editorial Salvat. 1973.
- 3.- Benson R.C. Manual de Ginecología y Obstetricia Editorial Manual Moderno. 1973.
- 4.- Crottogini-Parada. Obstetricia Radiológica. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1982.
- 5.- Ingemarson Eva, Ingemarson I. Influence of occiput posterior position on the fetal heart rate pattern. Obstetrics and Gynecology, 55:3 marzo 1980.
- 6.- Aladjem Silvio. Riesgos en la practica de la -- Obstetricia. Ed. Salvat. Barcelona 1978.
- 7.- Clinicas de Perinatología. Vol. 8 No. 1 Nueva - Editorial Interamericana.
- 8.- Gorham Babson S. Pernoll Martin L. Diagnosis -- and. Management of the fetus and neonate at risk C.V. Mosby Company, 4a. edición. Missouri 1980.
- 9.- Estado actual de la Pelvimetría radiológica. Clinicas Obstetricas y Ginecologicas. Ed. Interamericana. Marzo 1966.
- 10.- Aguero Q. Alvarez H. Effects of the caudal anasthesia on uterine activity. Obst-Gynecol. 19:212 -- 1962.
- 11.- Effects of epidural anesthesia on fetal heart rate patterns. Boehm F. Woodruff. Anesth-Analg. - 57:779 1975.
- 12.- Borrell V. Frenson I. The mechanism of labor. - The radiologies, Clinics of. Norteamerica 1972.

- 13.- Bowes A. Bowes C. Regla actual para la aplicación del forceps medio. Clin. Obstet-Gynecol. 23:549, 1980.
- 14.- Caldeyro-Barcia R. Effects of position changes on intensity and frequency of uterine contractions -- during labor. Am. J. Obs-Gynec. 80:284 1964.
- 15.- Caldeyro-Barcia R. Poseiro J. Physiology of the uterine contractibility. Clin. Obstet-Gynec. 3:386 1960.
- 16.- Caldeyro-Barcia R. Influencia de las variedades de occipito posterior sobre la frecuencia cardiaca -- del feto. Trabajo presentado en el Segundo Curso - Internacional de Perinatología. Mexico. marzo 1982.
- 17.- Cibilis L.A. Clinical Significance of fetal heart rate patterns during labor. Am. J. Obst-Gynec. 125 290, 1976.
- 18.- Cohen W.R. Influencia de la duración del segundo - periodo sobre el nacimiento y morbilidad puerperal Obstet-Gynecol. 49:266 1977.
- 19.- Dyer I. Clinic evaluation of radiologic pelvimetry. Am. J. Obs-Gynec. 60:302 1950.
- 20.- Wriedman E.A. Trabajo de Parto. Evaluación clinica y manejo. Ed. Appleton-Century. Nueva York 1978.
- 21.- Goodlin R.C. Cardiovascular response to fetal stress Am.J. Obst-Gynecol. 49:371 1977.
- 22.- Mehre F., Hooock R. Continuous epidural anesthesia. Anesth-Analg. 48:909 1969.
- 23.- Hendricks C.H. Brenner W.E. Dilatación cervical normal en el embarazo prolongado y durante el trabajo de -- parto. Am. J. Obst-Gynec. 106:1065 1970.
- 24.- Hon E.H. Atlas de modelos de la Frecuencia Cardiaca fet l. New Haven Hartz Press. 1968.
- 25.- Hon E.H., Paul R.H. Quantitation of uterine activity. Obstet-Gynecol. 42:368 1973.
- 26.- Laitreider D.F. Prevention and management of dystocia in the expulsive period. Am.J. Obstet-Gynecol. 67:104 1954.

- 27.- Lettew. W.L. Paracervical block in obstetrics. Am.J. Obstet-Gynecol. 113:1079 1972.
- 28.- Lowenson R. Paul R. Epidural Anesthesia intrapartum. Obstet-Gynecol. 44:388, 1974.
- 29.- Malcolm L. Chiswick, James D. Forceps Kielland y asociación a morbi-mortalidad neonatal. Br. Med. Journal 1;7, 1979.
- 30.- Maridial L. Cibilis L.A. The effects of epidural anesthesia on uterine activity and blood pressure. Am.J. Obstet-Gynecol. 125:846-854, 1976.
- 31.- Paul R.H. Hon E.H. Monitoreo fetal V. Efecto en el periodo expulsivo. AM.J. Obstet-Gynecol. 118-529, 1974.
- 32.- Philips R.D. Manejo de la posición posterior de occipuccio persistente. Revisión de 552 casos. Obstet-Gynecol. 43:171, 1974.
- 33.- Russel J.G. Radiology in Obstetrics and antenatal pediatrics. Londres, 1973.
- 34.- Whitehouse W.M. Worck B.A. Manifestación radiográfica de las causas de falla en la progresión del parto. Clinicas Radiograficas de Norteamerica, -- vol. 12 No. 1, abril 1974.
- 35.- Whittle N.J. Miller F.C. Evaluation of uterine activity. Am.J. Obstet-Gynecol. 136:38, 1980.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN