

TEMA O-32: ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA FETAL.

DISTOCIAS POR LA SITUACIÓN FETAL: SITUACIÓN TRANSVERSA.

SITUACIÓN TRANSVERSA: Situación fetal en la que los ejes mayores de madre y feto (sus columnas) forman un ángulo de 90°. Entre ella y la normal (la longitudinal, con los ejes materno y fetal paralelos) existen formas intermedias, las *situaciones oblicuas*, que tienden hacia la longitudinal cuando se inicia el parto.

FRECUENCIA: Es algo inferior al 0.5% de todos los partos al iniciarse éstos. En alrededor de 1/300-400 partos.

ETIOLOGÍA: La situación fetal transversa puede verse condicionada por:

1) Factores que dificultan o impiden el encajamiento del feto:

- a) Placenta previa (en el 10% de las mismas).
- b) Malformaciones fetales (sobre todo hidrocefalias).
- c) Estenosis pélvica, en cualquiera de sus formas (10% de los casos).
- d) Feto muerto, blando por la maceración.

2) Exceso de motilidad fetal: El feto tiene suficiente espacio y motilidad hasta alrededor del 8º mes, en que tiende a encajar y sus movimientos quedan dificultados. Si por cualquier motivo puede moverse aún fácilmente a término, se favorecen las transversas. Tal sería el caso de:

- a) Polihidramnios, con gran distensión uterina.
 - b) Grandes múltiparas: A la gran capacidad uterina, asocian distensión y laxitud de la cubierta abdominal.
 - c) Prematuridad.
- 3) Obstáculos a la motilidad fetal intrauterina:
- a) Malformaciones uterinas: Úteros bicornes y tabicados, en que cada extremo fetal tiende a situarse en un extremo.
 - b) Gestación gemelar.
 - c) Tumores o cicatrices que deforman la cavidad uterina, particularmente a nivel de su polo inferior (tumores previos), sobre todo los miomas.
 - d) Cordón corto.

NOMENCLATURA:

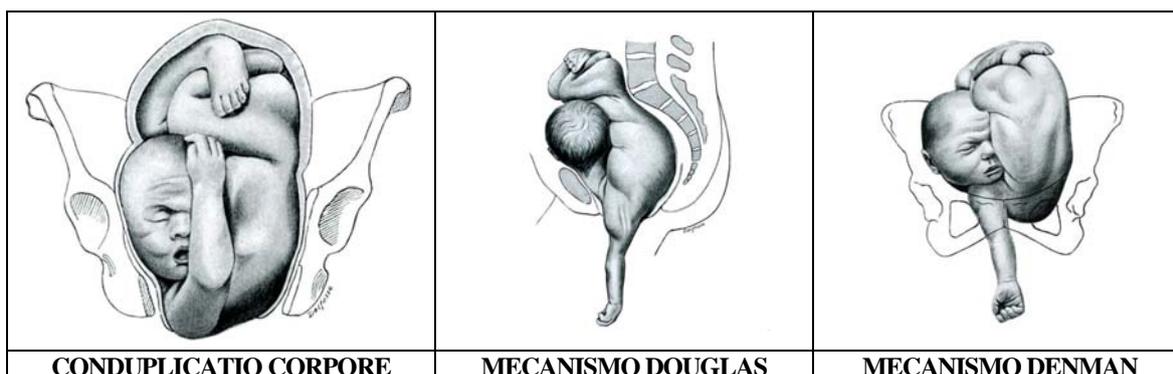
Según donde se halle la cabeza, las transversas pueden ser cefalo-derecha o cefalo-izquierda.

Se completa indicando donde se encuentra el dorso fetal (columna): Superior, inferior, anterior o posterior.

Si se rompiera la bolsa de las aguas sería el hombro quien tendería a encajarse ("presentación de hombro"). En ese caso podría hablarse, siguiendo un paralelismo con las posiciones cefálicas o podálicas y atendiendo al hombro, de acromio-iliaca derecha o izquierda, anterior o posterior.

MECANISMO DE PARTO: En fetos normales a término el parto es imposible.

Sólo en casos de fetos muy pequeños, generalmente prematuros muertos, podría producirse el llamado parto en "*conduplicatio corpore*", en el cual el feto se flexiona sobre sí mismo por su cintura escapular, encajando su cabeza contra su abdomen (como una navaja con la hoja cerrada). Otras posibilidades más raras aún en estos casos son el encajamiento de un hombro con distensión y flexión extrema de cuello, que pliega el resto del cuerpo fetal (mecanismo de DOUGLAS) o la salida del feto plegada en bloque sobre su columna dorsal o lumbar (mecanismo de DENMAN).



DIAGNÓSTICO:

a) Durante el embarazo:

+Inspección: El abdomen de la gestante presenta una altura uterina inferior a la que correspondería a la edad gestacional, estando agrandado en sentido transversal (abdomen "de batracio"). Este aspecto puede ser más o menos manifiesto en función del panículo adiposo de la paciente.

+Palpación: Con la primera maniobra de Leopold no encontraremos polo fetal alguno en el fondo uterino. La segunda nos mostrará un polo fetal que pelotea (la cabeza) a un lado y el polo caudal en el contrario. Palpando entre ambos puede apreciarse el dorso fetal o las pequeñas partes.

+Auscultación: El máximo foco de audición se sitúa periumbilical.

+Radiología y ecografía: Permiten el perfecto y afinado diagnóstico.

b) Durante el parto:

+Por tacto vaginal no encontramos presentación o alcanzamos el acromion. En el segundo caso hacia donde apunte el vértice de la axila estará la cabeza fetal.

+El caso de bolsa rota puede prolapsarse un brazo: Hacia donde apunte el pulgar estará la cabeza, y según la mano con que pudiéramos estrechar la del feto, ésa será la mano correspondiente del mismo.

COMPLICACIONES:

a) Abandonado a su evolución espontánea, mueren feto y madre: Ante la evidente desproporción de diámetros fetal y pélvico, se instaura una dinámica de lucha que desembocaría en la rotura uterina.

Sólo un 2% de las situaciones transversas evolucionan a longitudinal al iniciarse el parto, mientras esta evolución es casi constante en las oblicuas.

b) La rotura prematura de membranas es casi constante, pues no hay presentación que proteja el polo inferior de la bolsa de los incrementos de presión intrauterina.

c) Es frecuente el prolapso de cordón tras la amniorrhexis.

ASISTENCIA AL PARTO:

a) Durante el embarazo puede intentarse la *versión externa*, consistente en lograr pasar el feto a situación longitudinal, mediante maniobras suaves a través del abdomen materno. Para ello debe tratarse de multíparas, con abdomen laxo y nunca forzar las maniobras y proteger a la paciente antes y después con betamiméticos. Las posibles complicaciones pueden ser el desencadenamiento de dinámica uterina o el abrupción placentario.

b) En un 15% de los casos, al iniciarse las contracciones, el feto cambia su situación a longitudinal, especialmente a presentación cefálica.

c) En caso de iniciarse el parto con feto vivo en transversa se realizará una *cesárea*, de forma obligatoria. Si el feto está muerto también la cesárea está mucho más indicada que cualquier maniobra o fetotomía.

d) Sólo para la extracción de un segundo gemelo en transversa, si la paciente es multipara y el feto no muy grande, puede intentarse una *versión interna y gran extracción*: Se realiza preferentemente con anestesia general. Se introduce la mano en el útero, tras romper bolsa, y se localizan los pies del feto (por el talón y por la disposición inclinada del plano del extremo de los dedos sin aposición del gordo, se diferencian de las manos). Tras ello se tracciona simultáneamente de ellos volteando el feto a podálica. Se sigue traccionando para extraer el tronco del mismo y luego hombros y cabeza se extraen con las maniobras vistas para el parto de nalgas. Con mucha experiencia, podría intentarse también en grandes multíparas con gestación sencilla, siempre que la bolsa esté íntegra y la dilatación completa.

PARTO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA.

Concepto: Se entiende por presentación podálica a aquella en que el polo inferior del feto (nalgas o pies) está en contacto con el estrecho superior de la pelvis.

Frecuencia: Oscila entre el 3-4% de los partos.

Variedades:

1) **Presentación de nalgas:**

-Completas o doble (20% de casos): El feto, sentado como un indio, presenta nalgas y los dos pies.

-Incompletas o simple o pura (75% de los casos): El feto presenta las nalgas y las piernas las tiene dobladas sobre el tronco como férulas.

2) **Presentación de pies:**

-Completa: Ambos pies descendidos.

-Incompleta: Un pie descendido y el otro miembro extendido hacia arriba.

3) **Presentación de rodillas:** Muy infrecuente, simple o doble.

Las tres últimas variedades en conjunto a penas alcanzan el 5% de casos y en ellas debe evitarse el parto vaginal.

Nomenclatura: El punto-guía es el sacro, por lo que las posiciones se denominarán sacro-ilíacas (SI) y según donde esté situado el sacro: Anteriores, posteriores o transversas, derechas o izquierdas.

SIIT SIDT	<p>Diagramas de presentación fetal: SIIT, SIDT, SIIA, SIDA, SIIP, SIDP.</p>
SIIA SIDA	
SIIP SIDP	

Etiología: La presentación podálica es relativamente frecuente en épocas precoces de gestación:

20-28 semanas	32%.
28-34 semanas	14%.
34-38 semanas	8%.
38-41 semanas	6%.
41-42 semanas	3-4%.

Quiere esto decir, que por los mecanismos que sea y aún no bien aclarados (cambios de forma uterina, gravedad, adaptabilidad fetal, acción de receptores estatoacústicos del feto, etc), el feto tiende a dar una "voltereta" para situarse en cefálica: Las circunstancias que impidan o dificulten la misma podrán considerarse en la etiopatogenia de esta anomalía de la posición. Así las nalgas son frecuentes asociadas a:

Causas maternas:

- Malformaciones uterinas (úteros septos, dobles, etc.).
- Miomomas uterinos.
- Estenosis pélvica.
- Multiparidad con vientre péndulo.

Causas fetales:

- Malformaciones, sobre todo del polo cefálico (hidrocefalias).
- Prematuridad.
- Gemelos.

Causas ovulares:

- Polihidranios.
- Oligoamnios.
- Placenta previa.

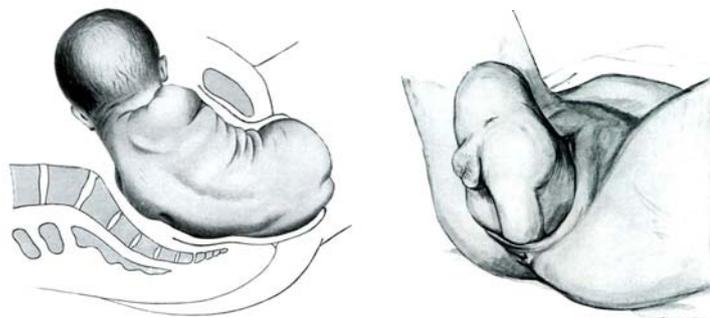
En > 50% de los casos la causa permanece **oculta**.

Mecanismo del parto de nalgas:

1) Se inicia por el **parto de las nalgas**: En ellas el diámetro mayor es el bitrocantéreo de unos 12 cm, que encajará en el diámetro transversal o en uno de los oblicuos del estrecho superior, para iniciar el descenso.

Durante el descenso este diámetro deberá adaptarse a los diámetros pélvicos, de tal suerte que las nalgas realizarán una rotación interna de 45-90° hasta situar una nalga bajo el pubis con el dorso mirando a uno de los muslos de la madre a nivel del estrecho inferior.

A medida que progresa la expulsión, la nalga anterior se retiene contra el pubis, mientras la posterior recorre el periné mediante una flexión lateral de la columna vertebral fetal, lo que equivaldría a la deflexión del parto cefálico. Finalmente se desprenderá la nalga anterior desplazándose hacia atrás y luego la posterior elevándose la nalga hacia adelante.



Después de expulsadas las nalgas la expulsión del cuerpo del feto se realiza con gran rapidez.

2) **Parto del complejo hombros-cabeza**: Hombros y cabeza forman un bloque en su salida y, si bien sus diámetros máximos son perpendiculares, el diámetro anteroposterior de la cabeza ganará preponderancia frente al bisacromial, adaptándose a los mayores diámetros pélvicos.

Así pues, durante la expulsión de las nalgas la cabeza recorrerá rápidamente la excavación manteniéndose en una flexión muy pronunciada y el diámetro cefálico atraviesa el estrecho superior adaptado a su diámetro transversal (o a uno de los oblicuos). Posteriormente deberá realizar una rotación interna para colocar el occipucio bajo el pubis, por lo que una vez expulsadas las nalgas el feto rotará situando su dorso hacia arriba y liberando los hombros.

Quedará ya solo el desprendimiento del complejo hombro-cabeza que se hará pivotando la nuca del feto sobre el pubis: El mentón, la cara y la frente descienden sucesivamente por el periné, distendiéndose éste de forma máxima al atravesarlo el plano suboccipital y se produce así la expulsión de la cabeza.



Mecanismo del parto de pies: Es igual que el del parto de nalgas, si bien sólo podrá realizarse si encaja primero el pie anterior, pues las nalgas y el pie posterior podrán descender por la concavidad sacra, mientras que, en caso contrario, el pie anterior impactaría sobre el pubis impidiéndose el descenso.

Anomalías del mecanismo del parto en podálica:

- 1) **Rotación de la cabeza a mento-púbica:** Encaja la mandíbula contra el pubis.
- 2) **El feto levanta un brazo** incrementando sus diámetros cefálicos.

Diagnóstico:

1) Clínica: Las gestantes suelen estar asintomáticas, salvo en ocasiones que presentan dolor compresivo por la cabeza fetal a nivel de los hipocondrios, sobre todo derecho.

2) Maniobras del Leopold: En la primera se palpa un polo duro, regular, que pelotea en el fondo uterino y corresponde a la cabeza.

En las tercera y cuarta se palpa un polo más blando, fijo e irregular a nivel de la pelvis.

3) Tacto vaginal: Se palpa encajado el polo podálico con sus características descritas a través de la vagina.

4) Auscultación fetal: Los focos máximos de auscultación en presentación podálica son supraumbilicales al lado del dorso fetal.

- 5) Radiografía: Permite la confirmación diagnóstica y además sirve para evaluar:
- Variedad de podálica.
 - Grado de flexión o hiperextensión de la cabeza.
 - Tamaño relativo polo cefálico-pelvis.
 - Posible malformación fetal asociada.

6) Ecografía: Con valor semejante al de la radiografía.

Diagnóstico diferencial:

1) Con la presentación de cara (*Signo de Beck*):

-En la presentación de cara al tacto vaginal se aprecia un orificio (la boca) entre dos puntos prominentes (los pómulos), formando un triángulo entre los tres.

-En las nalgas el orificio (anal) se sitúa en línea entre las dos prominencias (las tuberosidades isquiáticas). ¡Ojo!: No introducir el dedo en el ano, por confusión con la boca, pues en caso de feto mujer podría producirse un desgarro del tabique recto-vaginal.

-En la cara se palpa la nariz y en las nalgas el sacro.

2) Diagnóstico diferencial pie-mano (podálica/transversa):

-Palpación del talón.

-Disposición en V invertida de los dedos de la mano y lineal de los dedos del pie.

-Pulgar oponible.

Peligros fetales:

-Prematuridad: Más causa que consecuencia de la podálica.

-Aumento del índice de malformaciones.

-Hipoxia por compresión del cordón tras el parto de las nalgas y hasta la salida de la cabeza.

-Aumenta el riesgo de prolapso de cordón al romperse la bolsa.

-Traumatismos fetales, con posibles lesiones neurológicas (por tracción y/o hipóxicas). La cabeza es mayor que las nalgas y pueden haberse parido aquéllas y quedar encajada la cabeza (distocia de cabeza última) requiriéndose maniobras para su extracción que pudieran resultar traumáticas.

Asistencia al parto de nalgas:

1) Durante el embarazo: Actitud pasiva. La *versión externa* se desaconseja hoy por no estar exenta de peligros (abruptio, desencadenamiento de dinámica, etc.) y poder volver a voltearse el feto tras la misma.

Una radiografía simple de abdomen materno garantizará el diagnóstico de actitud de flexión completa de la cabeza fetal.

Se puede permitir llegar al parto en múltiparas, con historia de partos fáciles, fetos grandes o partos vaginales de nalgas previos, con fetos a término de tamaño medio (peso estimado no superior a 3500 g), con una buena pelvis ginecoide, en trabajo de parto espontáneo con buena progresión, buenas condiciones del canal blando del parto y presentación de nalgas variedad nalgas puras.

2) Periodo de dilatación: Se conducirá como en cualquier otro parto: Amniorrexis, perfusión de oxitocina y vigilancia fetal: Recaltar que en la presentación podálica las aguas meconianales no indican obligatoriamente sufrimiento fetal como en otros casos, pudiendo producirse por compresión del abdomen del feto.

3) Periodo expulsivo:

-Se recomienda la conducta expectante y poco intervencionista en todo momento: Hecho importante en la asistencia al parto es que **nunca hay que realizar ninguna intervención o tracción antes de la expulsión espontánea de las nalgas**. Si esto no se hace así, la flexión natural de la cabeza sobre el tórax se descompone al realizar tracciones y los brazos se elevan, el mentón se aleja del tórax y la cabeza se pone en extensión, creándose condiciones muy desfavorables para la finalización del parto.

-Cuando las nalgas abomben y distiendan marcadamente el periné se practicará una episiotomía amplia.

-Al salir las nalgas se formará un asa de cordón para evitar su compresión y tracción. Esta compresión puede también disminuirse colocando una valva que deprima el periné hasta la salida de la cabeza (*Maniobra de De Lee*).

-Una vez expulsadas las nalgas el tronco y la cabeza las siguen con prontitud. Puede esto realizarse espontáneamente ayudando mediante una fuerte presión transabdominal sobre el fundus uterino. Pero esto no es lo más habitual ni recomendable.

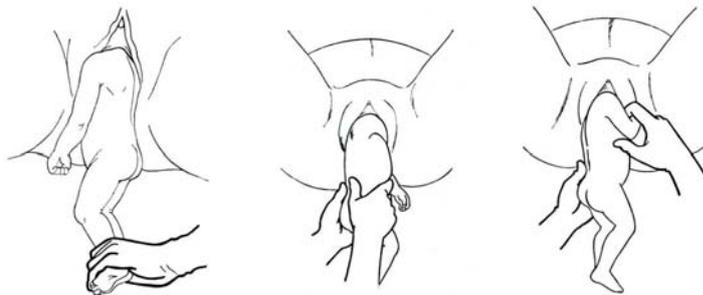
-La salida de los hombros y/o la cabeza se llevará habitualmente a cabo mediante "*ayuda manual*" por alguna de las siguientes maniobras que, en todo caso, deben contar con la ayuda de un asistente quien con presione sobre el fondo uterino impidiendo la deflexión de la cabeza fetal:

Maniobra de Bracht: El feto se pare solo hasta salir el vértice de las escápulas. En ese momento se toma a nivel de su pelvis (pulgares en las ingles y

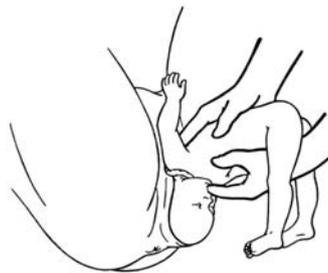
resto de los dedos sobre la espalda) y se voltea llevando su dorso sobre el abdomen materno, desprendiéndose así en bloque los hombros y la cabeza.



Maniobra de Rojas-Lowset: Para la salida de los hombros. Se extrae primero el hombro anterior tirando del feto hacia abajo, luego se voltea éste 180° por la espalda (nunca con el abdomen hacia arriba) hasta anteriorizar el hombro posterior, volviendo a traccionar hacia abajo para desprender éste.



Maniobra de Mauriceau: Complementa a la anterior para la extracción de la cabeza. Se engancha el feto a ambos lados del cuello entre los dedos índice y medio de una mano, y se introduce por debajo el dedo índice de la otra mano en la boca del feto de modo que con él se flexione la cabeza y se pivote sobre el pubis hasta extraerla.



Maniobra de Müller: Para la salida de los hombros. Se saca primero el hombro anterior traccionando del feto hacia abajo y luego el posterior traccionando hacia arriba, sin rotarlo,

La llamada **gran extracción** (tracción de los pies hasta extraer las nalgas, posterior extracción de brazos y hombros y ulterior extracción de cabeza) queda ya hoy, por sus riesgos, en desuso salvo accidentes muy agudos o parto del segundo gemelo en transversa tras la versión interna.

La práctica de todas estas maniobras requiere gran experiencia obstétrica, asistencia hospitalaria y atención anestésica.

4) Se practicará una **cesárea electiva** en los siguientes casos:

-Primiparidad. Hasta hace unos años esta indicación se mantenía solo para fetos aparentemente grande o sospecha fundada de pelvis estrechada. Hoy se hace directamente pues no podemos asegurar que no exista una estenosis pélvica.

-Prematuridad.

-En caso de cesárea anterior.

-Nalgas complicadas (variedades de pies o rodillas).

-Hiperextensión de la cabeza.

-Embarazo complicado.

-En caso de "feto valioso": Gestante añosa, embarazo tras tratamiento de esterilidad, etc.

5) Naturalmente todo estancamiento en el mecanismo normal del parto de nalgas será también subsidiario de terminar éste por cesárea.

Tratamiento de las complicaciones del expulsivo:

1) **Distocia de la cabeza última:**

a) **Maniobra de Wiegand-Martin-Winkel:** Como la de Mauriceau, pero aplicando un ayudante una fuerte presión sobre la cabeza fetal con los puños sobre el pubis de la paciente.

b) Aplicación del **fórceps de Piper:** Indicado para este fin, mientras un ayudante verticaliza el cuerpo del feto.

2) **Rotación mento-anterior de la cabeza:**

a) **Maniobra de Mauriceau invertida.**

b) **Maniobra de Praga:** Mientras con una mano se tracciona a los lados del cuello del feto, con la otra se verticaliza su cuerpo. Es muy traumática.

Pronóstico:

La morbimortalidad fetal en el parto de nalgas se sitúa entre un 5-10%, aunque debe reducirse con la adecuada asistencia y la valoración individualizada de la conducta en cada caso. El parto de nalgas es peligroso, de entrada si se tienen en cuenta las particularidades etiológicas (estenosis pélvica, hidrocefalia, prematuridad, gestación múltiple,...); pero es que, además, una vez expulsado el tronco, el útero sufre una gran reducción del volumen en su contenido y ello provoca una contracción con interrupción de la circulación útero/placentaria, por lo que no debe retardarse el resto de la expulsión fetal.

Las presentaciones de pies son más peligrosas porque la expulsión de estos se produce además sin que se haya ocasionado la dilatación máxima de las partes blandas y el fenómeno hipóxico será de mayor duración al retardarse bastante la expulsión de la cabeza.

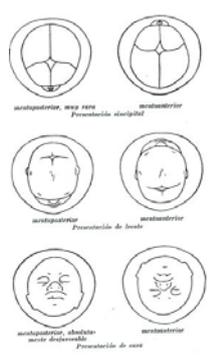
A esto se suma los frecuentes prolapsos de cordón y las lesiones traumáticas fetales que se pueden producir en la extracción de la cabeza última.

En conjunto un parto de nalgas por vía vaginal presenta una mortalidad 5x frente al de presentación cefálica.

Por todo ello el índice de cesáreas es extraordinariamente elevado, convirtiéndose para muchos en la forma electiva de terminar todas las gestaciones con esta presentación.

PRESENTACIONES CEFÁLICAS DEFLEXIONADAS, DISTOCIAS POR ACTITUD ANÓMALA DEL FETO.

La flexión máxima de la cabeza durante el descenso del feto por el canal del parto es la actitud normal, presentando el occipucio o fontanela menor como punto guía (OI u occípito-iliaca). Los diferentes grados más o menos marcados de deflexión constituyen las anomalías de actitud del objeto del parto, es decir las presentaciones de:

Sincipucio	
Frente	
Cara	

ETIOLOGÍA: Factores que contribuyen a las deflexiones pueden ser:

a) Maternos: Anomalías pélvicas: Agrandamientos o estenosis de los diámetros de la pelvis, pueden orientar el encajamiento de un feto en deflexión, p.ej. en una pelvis aplanada, con gran diámetro transversal, el feto no necesita flexionarse para adaptarse al mismo.

b) Fetales:

- Malformaciones cervicales y tumoraciones del cuello fetal (p.ej. bocios) que impiden la flexión del polo cefálico.
- Vueltas múltiples de cordón alrededor del cuello.
- Prematuridad o fetos pequeños: No necesitan flexionarse para encajar.

c) Mixtos.

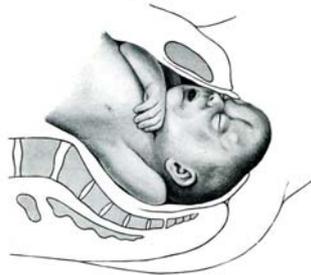
VARIEDADES. PUNTO-GUÍA. NOMENCLATURA:

1) **Presentación de sincipucio:** Representa la actitud neutra de la cabeza (ni flexión, ni deflexión).



Su punto guía es la fontanela mayor o bregmática.
El diámetro cefálico presentado es el fronto-occipital (≈ 12 cm).
Se denominan sínclivio-ilíacas (SiI).

2) **Presentación de frente:** Representa un grado medio de deflexión.



Su punto guía es el punto medio de la sutura frontal (metópica).
El diámetro cefálico presentado es el máximo, el mento-occipital (≈ 13 cm).
Se denominan fronto-ilíacas (FI).

3) **Presentación de cara:** Representa el grado máximo de deflexión (el occipucio contacta con la espalda).



Su punto guía es el mentón.
El diámetro cefálico presentado es el submento-occipital (≈ 11 cm).
Se denominan mento-ilíacas (MI).

MECANISMO DE PARTO: En las deflexiones las diferentes **rotaciones** de la cabeza se efectúan **habitualmente invertidas** respecto al parto de occipucio. Esto es debido a que el giro viene orientado por el punto guía, que en estos casos se sitúa en la mitad anterior de la cabeza a diferencia de la fontanela menor. Así pues el occipucio en estos casos suele rotar al sacro, mientras sínclivio, frente o mentón lo hacen en sentido anterior.

Descendida la cabeza hasta nivel del pubis, el ***hypomochlion*** o punto de flexión-deflexión de la misma bajo el pubis en su salida será:

-Sincipucio: Punto situado entre la glabella y la raíz de los cabellos en la frente.

-Frente: La cara, entre la raíz de la nariz y el maxilar superior.

-Cara: Zona submentoniana.

El mecanismo de ***desprendimiento y salida de la cabeza*** será:

-Sincipucio: Flexión de la cabeza con salida del occipucio, seguida de deflexión para salida del resto de la cabeza.

-Frente: Flexión, seguida de ligera extensión. Frecuentemente la salida se hace con la sutura frontal en sentido oblicuo.

-Cara: Sale por simple flexión de la cabeza. No requiere extensión, que ya es máxima. La rotación de la cara a mento-posterior hace inviable la expulsión de la cabeza por parto vaginal.

MODIFICACIONES PLÁSTICAS DE LA CABEZA: Como consecuencia del encajamiento de la cabeza en deflexión, el aspecto de la cabeza fetal difiere del típico con *caput succedaneum* y hematoma en la mitad posterior, característico de los partos normales de occipucio:

+En la presentación de sincipucio la cabeza adquiere aspecto turricéfalo por el acabalgamiento de los parietales sobre frontal y occipital, que se colocan bajo los anteriores. El hematoma cefálico se sitúa en vecindad de la fontanela mayor, hacia la derecha en posiciones izquierdas y al revés en las derechas.

+En la presentación de frente la cabeza adquiere una forma cónica con elevación de la frente. El hematoma se sitúa sobre el frontal que mira al pubis.

+En la presentación de cara, ésta aparece edematizada a nivel de párpados, nariz, mentón y boca (lo que puede dificultar la succión del recién nacido), por lo que se ha venido a denominar "*cara de lamprea*". Este edema, según la intensidad desaparece entre las pocas horas y los dos días tras el nacimiento. El hematoma se sitúa sobre las mejillas: Derecha en las posiciones izquierdas y al contrario en las derechas.

DIAGNÓSTICO:

1) Palpación: En la cuarta maniobra de Leopold, la mano situada en el dorso del feto desciende menos en la pelvis que la contraria, sobre todo en los grados mayores de deflexión. Así, en la presentación de cara la unión de la nuca con el dorso fetal da a la palpación el llamado "signo del hachazo".

2) Auscultación: Los tonos fetales infraumbilicales tienen un foco de auscultación máximo en el lado opuesto al dorso fetal.

3) Ecografía.

4) Radiología.

5) Tacto vaginal: Durante el parto pueden palparse los distintos puntos-guía y las estructuras de vecindad. En caso de duda de que lo que se palpa son unas nalgas o una cara edematizada, en el segundo caso las prominencias malares y la boca forman un triángulo (*signo de Beck*), mientras en las nalgas las tuberosidades isquiáticas prominentes y el ano están en línea.

ACTITUD OBSTÉTRICA:

1) **Parto de sincipucio:** Aunque más lento, el parto vaginal puede evolucionar, manteniendo una buena dinámica uterina. El expulsivo puede ayudarse aplicando un fórceps, pero nunca una ventosa sobre la fontanela mayor. Ante un parto excesivamente lento o estacionado queda indicada la cesárea.

2) **Parto de frente:** Hecho precozmente el diagnóstico debe terminarse siempre por cesárea para evitar accidentes maternos y fetales.

3) **Parto de cara:** Las mento-antérieures en multíparas, que evolucionen rápidamente, pueden asistirse por vía vaginal, aplicando un fórceps (nunca vakuuum) si el caso lo recomienda. Las mento-posteriores, así como los partos de cara en primíparas y partos estacionados requerirán la realización de una cesárea.

PRONÓSTICO:

El índice de cesáreas está muy incrementado en estos casos: Más de un 20% en los sincipucios, más de un 90% en las frentes y entre un 20-30% en las caras.

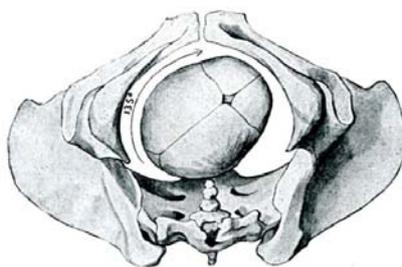
Con el diagnóstico pronto y la decidida actuación obstétrica la mortalidad neonatal y la morbilidad materno-fetal no deben aumentar significativamente. La evolución no controlada puede llevar a la muerte fetal o a graves secuelas neonatales, así como serios desgarros del canal del parto o a la rotura uterina (5-10% de mortalidad materna en las frentes).

DISTOCIAS POR LA POSICIÓN FETAL, ROTACIÓN A OCCÍPITO-SACRA,

En el mecanismo de parto normal con cabeza flexionada y encajamiento en posiciones anterior o transversa, dicha cabeza realizará una rotación interna de 45-90° para situarse en occípito-púbica y ser así expulsada.

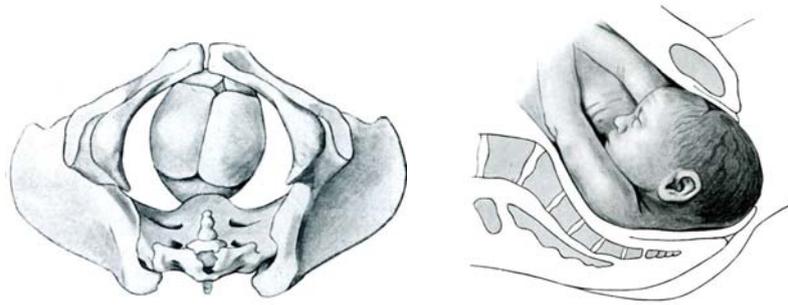
Cuando el encajamiento se realiza en posición posterior la rotación interna puede realizarse de dos maneras:

a) **Rotación a occípito-púbica:** En este caso el ángulo de rotación será de 135°:



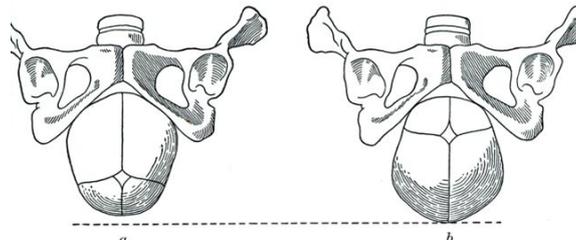
ROTACIÓN A OCCÍPITO-PÚBLICA

b) **Rotación a occípito-sacra:** El punto guía gira de forma invertida 45° hacia el sacro:



ROTACIÓN A OCCÍPITO-SACRA

En cualquiera de los casos las posiciones posteriores serán desfavorables frente a las anteriores, bien porque la rotación interna será de mayor entidad, enlenteciendo el descenso de la presentación, o bien porque la salida de la cabeza en occípito-sacra no dispone del *hypomochlion* nuczal para realizar la deflexión, saliendo la cabeza deslizando la frente bajo el pubis y teniendo que descender ésta más en el periné, haciendo más frecuente la necesidad de utilizar medios extractores y favoreciéndose los desgarros.



SALIDA EN OP Y EN OS