

MEDICINA PRACTICA

Simple maniobra Unimanual para Flexionar las presentaciones Deflexionadas durante el parto*

DR. MARINO URPI**

Confieso que en varias ocasiones intenté la conversión de la presentación facial en vértice, siguiendo las instrucciones que describen los libros de texto (1-3-4-8-9-11-15) y nunca lo logré llevar a cabo. Tampoco en veinte años que llevo trabajando en la especialidad de Obstetricia, me ha tocado ver ninguna conversión.

Durante el año 1959, se me ocurrió intentar de nuevo flexionar una presentación facial, siguiendo la lógica y olvidando lo que dicen los libros. Teniendo ya todo listo para hacer una cesárea en caso de fracaso, pues se trataba de una presentación mento posterior derecha abandonada, procedí. Resultó la maniobra tan fácil e inocua, que decidí continuar haciéndola, contando en la actualidad con once casos, sin ningún fracaso. El resumen de esta casuística se puede ver en el cuadro N° 1. Estos resultados me indujeron a hacer la presente comunicación.

Si la maniobra en cuestión ha sido antes descrita, lo ignoro. Si así fuera, que sirva para revivir la vía vaginal, que duerme el sueño del olvido entre los obstetras de la era antibiótica, en las presentaciones deflexionadas, evitando así cesáreas innecesarias, versiones internas riesgosas o por lo menos, para hacer más fáciles algunos de estos partos, que se hacen laboriosos o traumáticos para el niño, cuando evolucionan sin flexionar por vía vaginal.

Este método haría cambiar el concepto que se tiene hoy día para el manejo de las presentaciones deflexionadas.

La conducta que recomiendan hoy día es, parto normal si evoluciona rápidamente; forceps para las que están bien encajadas y no salen espontáneamente y cesárea cuando no evolucionan en un tiempo prudencial, permaneciendo sin encajar.

El parto se presenta espontáneo en las presentaciones de cara en el 87.12% según Steinbüchel y en el 75% según Zangemeister, con una mortalidad fetal corregida del 11 al 14% antes del uso de los antibióticos y reducida en el Margaret Hague Maternity del año 1949 (13) al 1958 en una estadística de 200 casos, al 7.9%, que significa más del doble de la mortalidad de dicha clínica, a base de un aumento de las cesáreas: 73% en primíparas y 29% en multíparas.

* Trabajo presentado para concursar a la Jefatura del Servicio de Obstetricia. Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

Resumen de los resultados en once casos de presentación facial convertida a vértice.

CASO N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dinámica antes de la maniobra	Hipo	Hipo	Hiper	N.	Hipo	N.	N.	Hipo	N.	Hipo	Hiper
Ocitocicos después maniobra	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
Hora diagnóstico después de ingreso	55'	Inm	Inm	2,15	45'	Inm	4 hs.	Inm	A L	1,45	Inm
Cefalopelvig. o radiografía	SI	NO	NO		NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI
Duración de la maniobra	5'	1'	1'	1'	1'	1'	3'	1'	½'	1'	1'
Perímetro cefálico	37	37	38	39	36	34	35,5	37	38	37	36
Peso fetal en gramos	3610	3875	3365	3875	2875	2810	3450	3500	3550	3700	3610
Estado niño al nacer	Cian.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.
Tipo parto	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN
Anestesia	Cl. Estilo éter	Fluo-tano	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno	Tri-leno
Duración post-maniobra	1 hr.	3.45	1.25	3.40	5 hr.	20'	1.30	2.35	18'	3.35	3.50
Corazón fetal	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.
Bolsa	RE	RE	RE	I.	I.	I.	RE	RE	RE	RE	I.
Presentación	MPD	MPD	FDP	MPI	MPD	MPI	MAI	MPI	MPI	FTI	MPI
Dilatación	6 cms.	4 cms.	6 cms.	7 cms.	5 cms.	6 cms.	5 cms.	7 cms.	5 cms.	7 cms.	7 cms.
Plano Hodge	I°	II°	II°	II°	II°	II°	II°	II°	II°	II°	I°
Horas de labor	19	15	4	10	20	7	18	17	5	12	8
Paridad	III°	II°	I°	VII°	IX°	II°	II°	V°	I°	VI°	II°
Edad	24	35	24	40	38	23	16	29	28	33	21
Fecha del parto	18.X 59	23.VII 60	11.II 61	3.III 61	29.V 61	31.7 61	16.8 61	7.IX 61	22.9 61	22.9 61	24.9 61
N° historia clínica	14181	62427	51476	52923	58743	29053	55994	65568	64518	66552	31044

La versión interna la condenan rotundamente en todas las últimas publicaciones por su alta mortalidad fetal. Reddock: 53.3%. (12)

En síntesis nuestro método pretende tres cosas fundamentales: 1º Sacar la cabeza fetal del canal, hacia la cavidad uterina en donde hay más espacio para maniobrar. 2º Cambiar de posición la cabeza fetal, por rotación hacia atrás y al lado opuesto. Gira entonces todo el cuerpo del niño y el dorso cambia de lado, corrigiéndose así la curvatura de la columna vertebral del niño. 3º Volver a poner la cabeza en el canal del parto, pero en otra posición ventajosa y ya flexionada.

CONDICIONES PREVIAS PARA LLEVAR A CABO LA MANIOBRA

- A Estar en labor.
- B El cuello uterino debe tener la dilatación suficiente para dar paso a la mano.
- C Se han de romper o estar rotas las membranas.
- D Buena relación feto pélvica; si es posible, hacer cefalopelvimetría.
- E La cabeza debe ser rechazable del canal del parto.
- F No debe haber placenta previa.
- G No debe haber sufrimiento fetal.
- H Descartar tumores previos.
- I Descartar el cordón corto, si es posible.
- J Descartar las anomalías fetales, especialmente las de la cabeza y el cuello del niño.
- K Si hay alguna indicación materna o fetal de extracción inmediata, es preferible la cesárea si no está encajada y el forceps si está encajada.

TECNICA DE LA MANIOBRA

La anestesia que se necesita es superficial, que puede ser con trileno, fluotano, silla de montar etc.

La mano que se debe usar es la derecha, para las posiciones mento derechas y la izquierda, para las mento izquierdas.

Se introduce la mano correspondiente lateralmente a través del cérvix, entre pared uterina y el occipucio, para apoyarse en éste. (Fig. 1). La maniobra principal consiste en hacer describir con una sola mano a dicho occipucio, una trayectoria elipsoide que parte de la fosa ilíaca de un lado y se dirige hacia arriba, hacia atrás y hacia el lado opuesto (Fig. 2), donde se flexiona apoyándose en la parte posterior del occipucio (Fig. 3), para dirigirlo finalmente hacia el canal del parto (Fig. 4) aprovechando para dejar la cabeza flexionada y orientada en un diámetro transversal del estrecho superior y de ser posible, en occipito-anterior (Fig. 5).

Esto tiene por objeto sacar la cabeza del canal del parto, llevarla a la cavidad uterina donde hay más espacio para girar, luego el llevar el occipucio hacia el lado opuesto, hace rotar todo el cuerpo del niño de la derecha a izquierda o viceversa, corrigiendo la curvatura de la columna vertebral y permitiendo la flexión de la cabeza que se lleva a cabo con una facilidad asombrosa y nos permite a la vez, dejar la sutura sagital orientada transversalmente, que es la posición obligada para atravesar el estrecho superior.

La cabeza puede ser rotada dirigiéndola hacia atrás, que es lo más recomendable, pues todos los casos menos uno, fueron resueltos en esta forma. Este único caso que roté hacia adelante con la mano izquierda, una vez rotado, quedó mi mano en una pronación muy acentuada que no me permitió subirla más para descender el occipucio, por lo que me vi obligado a recurrir a una segunda maniobra, que consiste en descender la mano (una vez rechazada y rotada la cabeza) y reintroducirla, colocando toda la palma de la misma sobre el macizo facial (Fig. 6) para flexionar la cabeza. (Fig. 7). Por este caso específicamente es que creo más conveniente rotar la cabeza hacia atrás en lugar de hacia adelante.

Antes de convertir la posición en cefálica, es aconsejable explorar para cerciorarse de si existe un tumor de la tiroides del niño, o del segmento inferior del útero, de una hidrocefalia, de un anencéfalo, de circulares tensas del cordón en el cuello y de un prolapso del cordón, en cuyo caso, debe evitarse la maniobra.

Una vez cumplida la operación, se despierta la paciente y se deja evolucionar el parto normalmente, como cualquiera otra presentación flexionada y que se puede estimular posteriormente con ocitócicos si el caso lo requiere.

El tiempo empleado en la ejecución con este método, se reduce a un minuto, excepto en el primer caso, que tardé cinco minutos.

Considero que es una maniobra sumamente sencilla, rápida e inocua para la madre y el niño.

El tiempo transcurrido entre la intervención y la salida del niño osciló entre veinte minutos y cinco horas.

Todos los casos realizados, fueron niños vivos de término, de condiciones físicas normales, con excepción del primer caso, en que se trataba de una labor prolongada de 19 horas y que nació una hora después de la intervención, con sospechas de hemorragia meníngea; salió a los seis días, aparentemente sano.

Hasta el momento, no hemos tenido ningún fracaso ni dificultad con esta técnica.

Todos los casos fueron realizados en la maternidad del Hospital San Juan de Dios, en presencia de colegas del Servicio, quienes hicieron el diagnóstico de la presentación y supervigilaron el parto, limitándome yo a realizar la maniobra de conversión.

Todos los casos fueron múltiparas en mentoposteriores, solamente una era mento anterior con una ligera estrechez pélvica. Todos los casos se llevaron a cabo normalmente. No he tenido la oportunidad de aplicar el método en primigestas, en las que no creo haya diferencias descartadas las contraindicaciones.

DIFERENCIAS DE ESTE METODO CON EL DE OTROS AUTORES

Entre los autores consultados figuran: Schatz, Ziegenspeck, Thorn, Baudelocque, De Lee, Pinard, Döderlein y La Chapelle.

- I. Se realiza con sólo una mano.
- II. La cabeza se rechaza hacia la cavidad uterina sacándola del canal del parto, contrariamente a lo que hacen los demás que tratan de flexionarla en el lugar que la encuentran.
- III. Rotación de la cabeza y del niño al lado opuesto.
- IV. La mano únicamente se apoya en el occipucio para rechazarla, rotarla y flexionarla y no necesita tocar la cara del niño; no obstante queda el recurso también de poder flexionar la cabeza una vez rechazada y rotada apoyando toda la palma de la mano sobre el macizo facial.
- V. No necesita anestesia profunda ni prolongada.
- VI. No requiere pericia puesto que una vez comprendida cualquier obstetra la puede llevar a cabo.
- VII. Ninguno de los métodos consultados da seguridad de éxito, como sí lo da éste.

Termino recomendando encarecidamente practicar esta maniobra sencilla e inocua antes de realizar una cesárea, una versión interna o dejar prolongar un parto en presentación deflexionada más de lo debido.

R E S U M E N

Se presenta un nuevo método obstétrico manual, para convertir la presentación facial, en vértice, con buenos resultados materno-fetales en once casos.

El método es inócua y de fácil realización en pocos minutos; su aplicación evita cesáreas, versiones internas y partos prolongados, en los casos que espontáneamente no evolucionan en forma favorable y muy especialmente en las posiciones mentoposteriores.

Se revisa la literatura al respecto.

S U M M A R Y

A new manual obstetrical method is presented to change face into vertex presentation. Eleven cases are reported with good results.

The present method is innocuous and easy to perform. Its application avoids other procedures such as cesarean section, internal version and also prolonged labor in cases which do not progress satisfactorily and specially in cases of mentoposterior position.

The literature is reviewed.

AGRADECIMIENTO

Al Sr. Alfonso Esquivel, del servicio de fotografía del Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios, por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFIA

1. BECK A. C.
Prácticas de Obstetricia. P. C. 328-564.
Science Service, Washington, 1947. Traducción castellana por el Dr. Alfonso Alvarez B.
2. CHEN H. Y. AND WEI P. Y.
Facial presentation and pelvic tipe. An analysis of twenty one cases.
The Journal of the International College of Surgeons. 34; 96; 756. 1960.
3. DE LEE - GREENHILL.
Principios y práctica de Obstetricia. P.c. 767-789.
U.T.E.H.A. 1945.
4. D'ERLEIN A.
Tratado de Obstetricia. Tomo III P.c. 600-607
Segunda Ed. LABOR S. A. 1938.
5. HELLMAN L. M. AND EPPERSON J. W.
Face and brow presentation.
Am Jour. Obs. & Gyn. 59; 831. 1950.
6. KENWICK A. N.
Face and brow presentations
Am. Jour. Obs. & Gyn. 66; 67-74. 1953.
7. MADDEN L. H. JR.
Brow Presentation
Am. Jour. Obs. & Gyn. 72; 31-33. 1956.
8. MARTHIUS H.
Operaciones Ostétricas P.c. 48-57.
Ed. Labor S. A. Argentina 1940.
9. PÉREZ M. L.
Tratado de Obstetricia. Cuarta Edición I y II.
P.c. I: 411-443; II: 769-773. 1943.
10. POSNER A. CH.
Modern Trends in the management of face and brow presentations
Surgens Gynecology and Obstetrics. 104: 485-490. 1957.
11. RECASENS S.
Tratado de Obstetricia. 270-274. 1925.
12. REDDOCK J. W.
Face presentation: Study of 160 cases.
Am Jour. Obs. & Gyne. 56-86. 1948.

13. SALZMANN B. SOLED M., GILMOUR TH.
Face Presentation.
Obst. & Gyn. 16; 106. 1960.
14. SCHMITZ, H. E. CUCCIO, U. AND PAVLIC R. S.
Face presentation.
Obst. & Gyn. 13:641. 1959.
15. STANDER H. J.
In Williams Obstetrics 8ª edición 382-395.
Ed. Appleton Century. 1939.

- Figura 1.—Posición M. P. D. Se introduce la mano derecha lateralmente entre cabeza y pelvis, para apoyarse en el occipucio.
- Figura 2.—Posición M. P. D. La cabeza ha sido rechazada del canal del parto hacia la cavidad uterina y rotada parcialmente hacia el lado opuesto al de la presentación original.
- Figura 3.—La cabeza ha sido rotada totalmente hacia el lado opuesto de la presentación original. La mano ha ascendido aún más, para apoyarse en la parte posterior del occipucio, punto de apoyo para flexionar la cabeza.
- Figura 4.—La cabeza siempre tomada por el occipucio, ya flexionada.
- Figura 5.—Siempre tomando del occipucio, se orienta la sutura sagital en un diámetro transversal; de ser posible se orienta en occipito anterior.
- Figura 6.—En casos de rotación de la cabeza con el occipucio hacia adelante en vez de hacia atrás, que es lo recomendable, la mano del operador queda en pronación forzada, dificultando la maniobra. Entonces debe sacarse la mano y reintroducirse para apoyar toda la palma sobre el macizo facial y así flexionar la cabeza.
- Figura 7.—Apoyada la palma de la mano en el macizo facial, se ha conseguido flexionar la cabeza.

