

- ▣ **El criterio clásico de encajamiento en las presentaciones flexionadas (punto guía de la presentación a la altura del plano de las espinas ciáticas) no es válido en las presentaciones de cara. Cuando en una presentación de cara el punto guía alcanza el estrecho medio, el ecuador de la presentación no ha sobrepasado aún el estrecho superior.**



A



B



PRESENTACIÓN DE FRENTE

- ▣ La presentación de frente es una variedad de presentación cefálica, situación longitudinal, con un grado intermedio de deflexión (extensión) de la cabeza fetal.
- ▣ **La presentación de frente es la más distócica de las presentaciones cefálicas deflexionadas.**

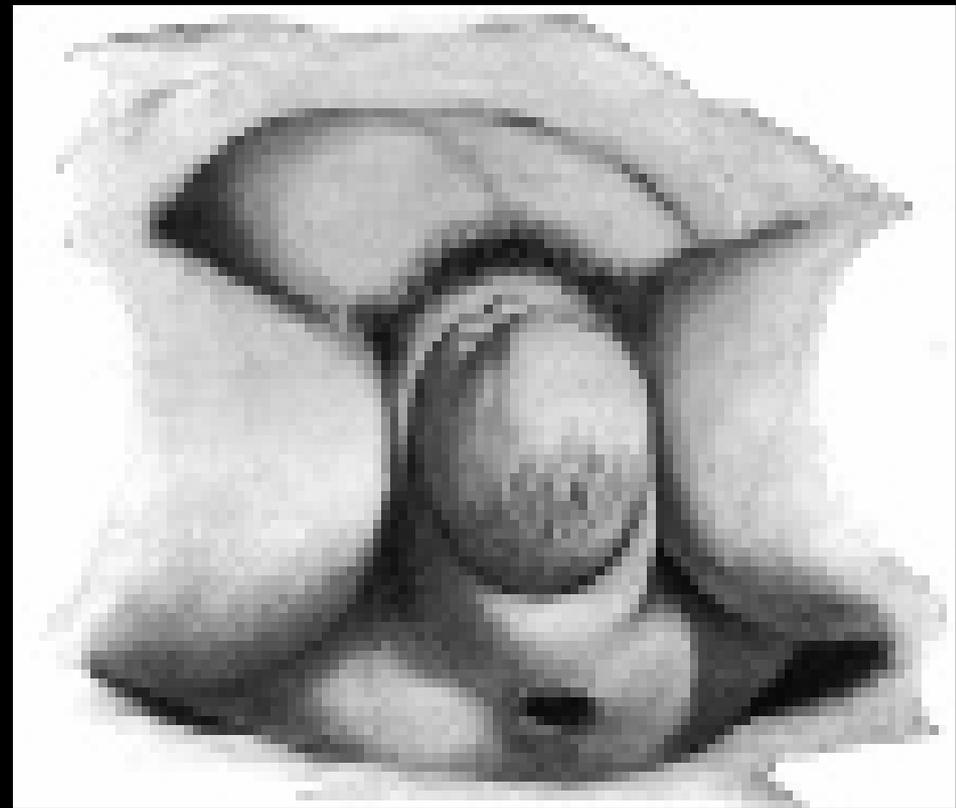
- El punto guía de la presentación es la sutura metópica.
- El diámetro de la presentación es el occipitomentoniano (13,5 cm), que es la mayor longitud de la cabeza fetal.
- ▣ La nariz es el punto de referencia para designar las distintas variedades.



RECORDAR SIEMPRE

- ▣ El diámetro de la presentación es el occipitomentoniano y su longitud es mayor que la de cualquier diámetro de la pelvis. Como consecuencia, el parto a término con feto normal o grande no es posible, al no poder introducirse la cabeza fetal en la pelvis salvo que ocurra una flexión hacia una presentación de occipucio o extensión hacia una presentación de cara no obstante se describen partos en fetos pequeños y pelvis amplias solo en oxipito anterior.

La actitud puede persistir durante todo el parto en caso de un feto pequeño permitiendo la evolución por vía vaginal

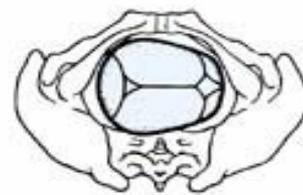
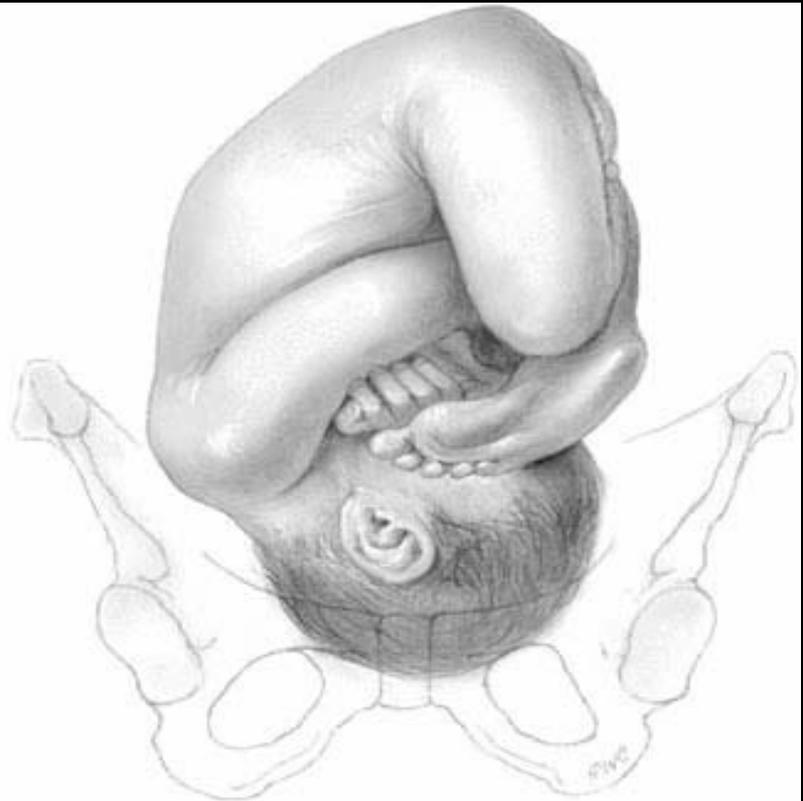


PRESENTACIÓN DE SINCIPUCIO

- ▣ La presentación sincipital, de sincipucio o de bregma es una variedad de presentación cefálica, situación longitudinal, con una ligera deflexión de la cabeza fetal.
- ▣ El occipucio y la frente se encuentran al mismo nivel en la pelvis materna (actitud militar).

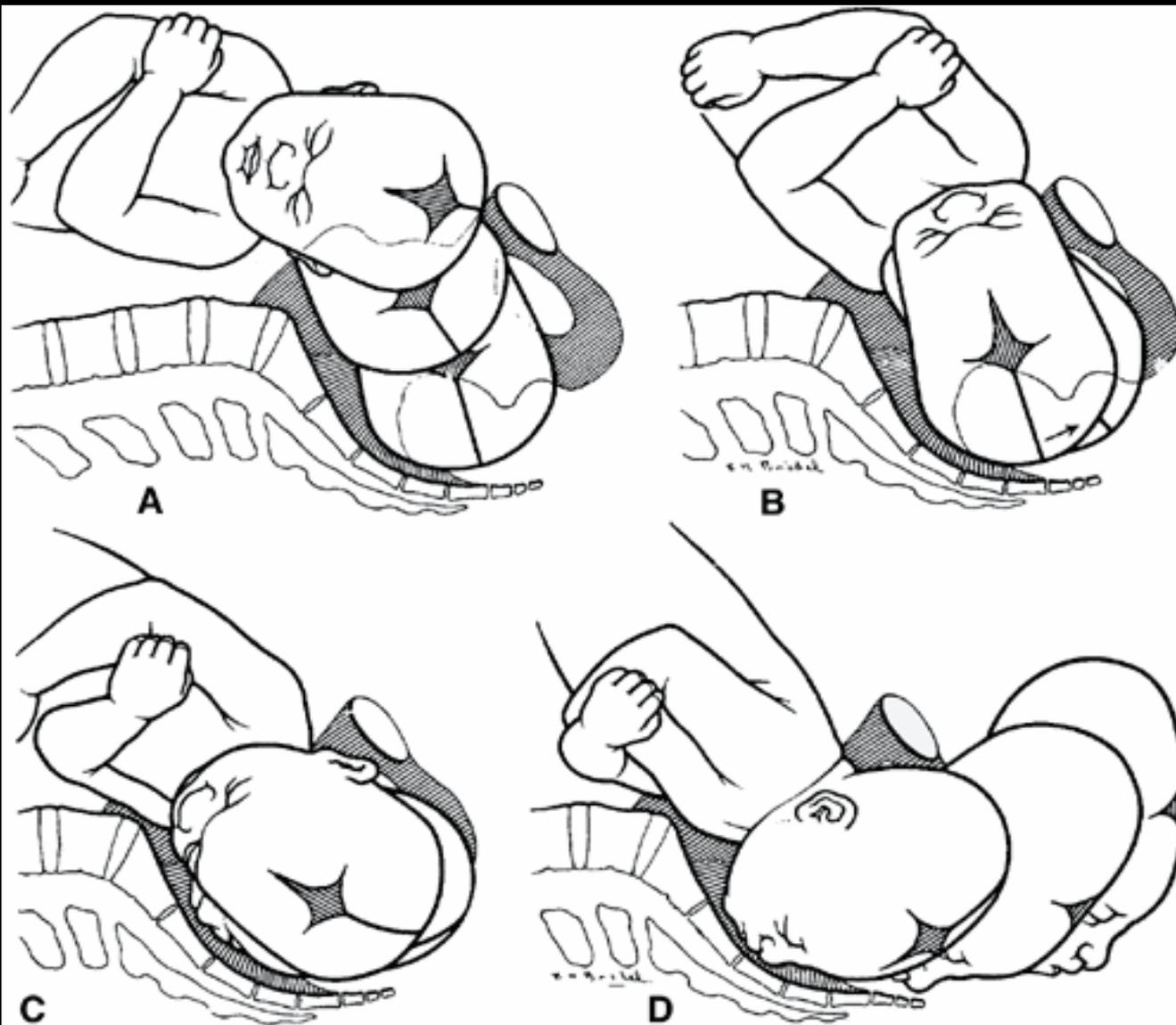


A



B

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



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

Mecanismo del parto

- ▣ Variedades de posición
- ▣ Se distinguen las siguientes posiciones: sincípito-ilíaca izquierda anterior (SIIA), etc.
- ▣ La variedad más frecuente es la SIIA.

- ▣ El diámetro occipitofrontal es mayor que el suboccipitobregmático, y no es posible el encajamiento de la presentación, salvo que ocurra la flexión de la presentación.

▣ La mayoría de los partos con presentación de sincipucio evolucionan por vía vaginal con una mayor duración del periodo de dilatación.

▣ Si el progreso del parto es excesivamente lento se debe pensar en DCP.

- ▣ En el caso de evolución, la sutura sagital atraviesa oblicuamente el estrecho superior y el sincipucio está, desde un principio, **dirigido hacia la pared anterior de la pelvis.**
- ▣ Cuando la cabeza se encaja se encuentra la sutura sagital dispuesta transversalmente, por poco que progresa, **tiende a rotar el bregma hacia delante.**



El mecanismo del parto recuerda al que ocurre en **occipito-posterior**, ya que en ambos casos la frente y el bregma están dirigidos hacia la cara anterior de la pelvis.



DISTOCIA POR ANOMALÍAS DE LA POSICIÓN FETAL

Posición fetal en occipito-posterior

- ▣ El encajamiento en occipito-posterior persistente se presentan entre el 4- 5% de los partos a término.
- ▣ La disposición fetal en posición occípito-posterior **en el estrecho superior** es frecuente, hasta un 15%.



Etiología

- a) **Fetales:** Feto pequeño, con cabezas dolicocefalas o braquicefalas.
- b) **Pelvicos:** Acortamiento de los diámetros transversos pélvicos (pelvis antropoide) o acortamiento del diámetro interespinoso (pelvis androide).
- c) **Otros factores:** Déficit de las fuerzas expulsoras del parto (actividad contráctil uterina ineficaz, algo analgesia intraparto...).

Anomalías en el trabajo de parto.

- ▣ Fase latente o fase activa prolongadas.
- ▣ Fase de deceleración prolongada.
- ▣ Descenso prolongado.
- ▣ Descenso detenido.
- ▣ Se considera que las dos últimas son las anomalías más frecuentes que se encuentran asociadas a las variedades posteriores persistentes.



DIAGNOSTICO.

- ▣ Debe sospecharse la existencia de una variedad posterior cuando la cabeza permanece en un III plano de Hodge ó algo por encima del mismo durante los últimos centímetros de la dilatación cervical. El diagnóstico toma fuerza si la presentación se mantiene en ese plano con dilatación completa del cérvix.