



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

Tema 63

Rosalía Mancheño Morales.

PARTO : PROBLEMAS Y
COMPLICACIONES DE DILATACION
DEL CANAL.

INDUCCION DEL PARTO
INDICACIONES .
CONTRAINDICACIONES.
PROBLEMAS Y COMPLICACIONES.
FARMACOTERAPIA

1. PARTO PROBLEMAS Y COMPLICACIONES DE DILATACION DEL CANAL

El trabajo de parto se caracteriza por

- Actividad uterina rítmica y coordinada
- Acompañada de borramiento + dilatación cervical
- Descenso del feto a través del canal del parto.

- **Progreso dilatación cervical**
- **Descenso presentación fetal**

**Parámetros para valorar
normalidad /anormalidad
del desarrollo del parto**

COORDINACIÓN DE ELEMENTOS DEL PARTO

-
- ▶ Dinámica uterina regular, coordinada y eficaz
 - ▶ Capacidad pélvica adecuada y canal blando normal
 - ▶ Tamaño fetal adecuado
 - ▶ Estática fetal adecuada

La no progresión de parto es una de las complicaciones más habituales

- **Factores que pueden influir**
 - Desproporción entre la pelvis madre-cabeza
 - Inducir el parto con cuello muy cerrado
 - Presentación anómala fetal

Primera etapa o periodo de dilatación

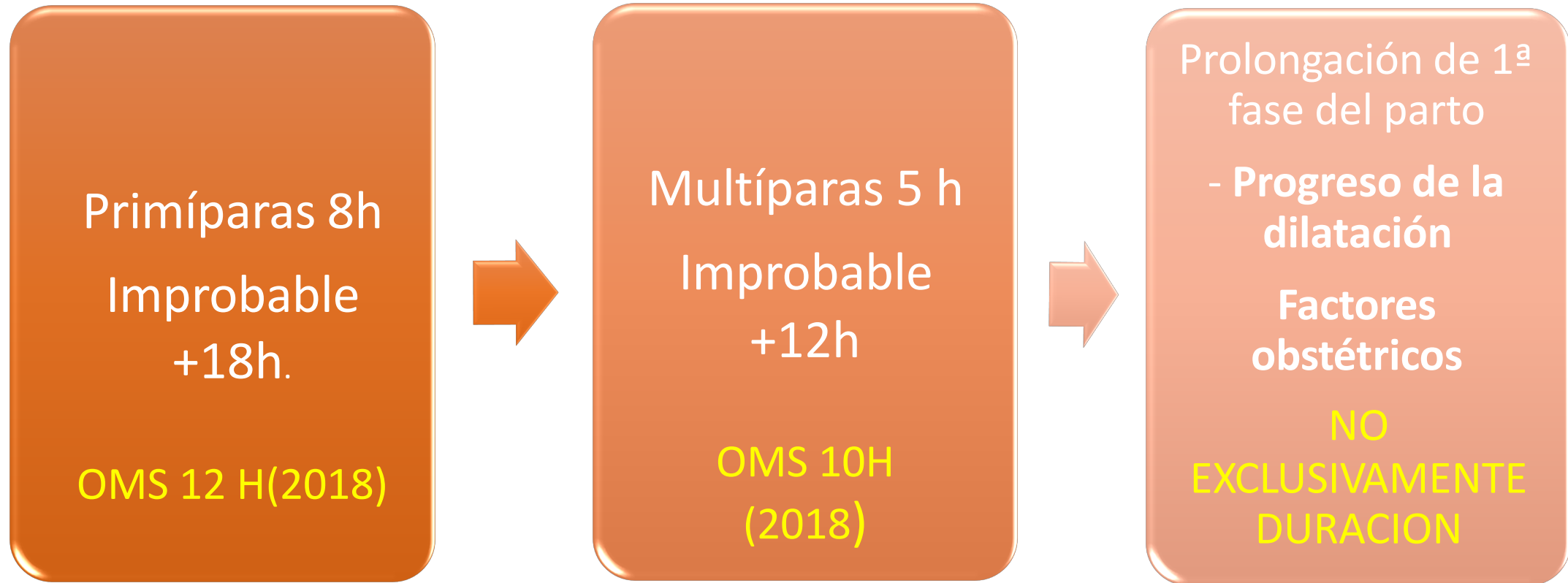
Comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa

Fase latente periodo que transcurre inicio del parto – 4 cm de dilatación.

Fase Activa periodo de parto que transcurre entre los 4-10 cm dilatación

**OMS fase Latente hasta 5 cm
fase activa parto 5 cm.**







Duración primera Etapa Parto




ESTOS LIMITES UTILIZAR INFORMAR A LA MUJER SOBRE LA DURACION POSIBLE DEL PARTO, DETECTAR DISTOCIAS , INDICAR MOMENTO QUE LA MATRONA SOLICITA VALORACIÓN DEL OBSTETRA.

Distocias dinámicas

Producidas por actividad uterina defectuosa, para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación fetal

HIPODINAMIAS Anomalías por defecto	HIPOSISTOLIA Menos de 25 a 30 mmhg. INTENSIDAD 	BRADISISTOLIA Menos 2 cont/ 10mt FRECUENCIA 	HIPOTONIAS Menos 8 mmhg TONO 	PRIMARIA-Primitiva No se consigue normosistolía en ningún momento SECUNDARIA Fatiga fibra muscular Fase activa . Dilatación + 4cm
HIPERDINAMIAS Anomalia por exceso	HIPERSISTOLIA +60 mmhg. 	TAQUISISTOLIA +5 Cont/10 mt. 	HIPERTONIA Tono basal >12 mmhg Leve > 13-20 Moderada > 21-30 grave > 30	PRIMARIA Excitabilidad miometrio  SECUNDARIA Dinámica de lucha Dosis inadecuada de oxitocina o postaglandina



DISDINAMIAS

Alteraciones de la coordinación y regularidad de la contracción uterina.

1º Grado

Actividad contráctil emerge de 2 marcapasos uterinos se expresan como 2 contracciones simultáneas de distinto ritmo e intensidad.

2º Grado

+2 marcapasos ectópicos que configuran dinámica anómala, caracterizado por 3+ contracc. Cuya secuencia se repite periódicamente

3º Grado

INVERSIÓN DE GRADIENTES
ausencia de predominancia fundica. Se inicia en la zona inferior del útero y se propaga hacia arriba. Es + duradera e intensa en el segmento inferior que en el superior.

Total o parcial
Total no progresión
ni en dilatación ni
descenso.

Diagnostico clínico. por la observación de la no progresión de parto , percepción manual que la contracción se propaga en dirección inversa.

Tipo de alteración	Nombre	Concepto
frecuencia	Polisistolia Taquisistolia bradisistolia	> Contracciones en 10 mt. < 2-3 contracciones 10mt.
Intensidad	Hipersistolia Hiposistolia	>50 mmhg. < 20 mmhg.
tono	Hipertonía Hipotonia	>12 mmhg (leve, moderada, severa) < 8 mmhg.
Coordinación	Incoordinacion 1 º grado Incoordinacion 2º grado Inversión gradiente Anillo de constriccion	2 marcapasos simultaneos 3o + marcapasos simultaneos Precoces SIU Una zona del utero se contrae en forma anillo sobre el feto. Ausencia de dilatación cervical

Tratamiento de las distocias dinámicas

Mediadas generales . Descartar obstaculos mecánicos ,
amniorrexix artificial y medidas posturales .

Iniciar perfusión continua oxitócica e ir incrementando
perfusión de forma regular y progresiva.

Sedación de útero con útero inhibidores , una vez sedado
comenzar de nuevo estimulación progresiva.

LOS ANILLOS DE CONTRACCION SUELEN INDICAR
ALTERACION GRAVE DE LA DINAMICA CON RIESGO FETAL ,
RESOLUCION GENERALMENTE SUELE SER **FINALIZAR EL**
PARTO DE FORMA INMENDIATA

DISTOCIAS CANAL DE PARTO

Pélvicas

Canal blando del parto

Vaginales

Vulvares

Tumor previo

DISTOCIAS PÉLVICAS

- **Evolución con Estenosis del estrecho superior**

La cabeza no se fija en la pelvis ocasionando presentaciones anómalas.

Parto lento y dilatación difícil al no apoyar la cabeza

Alteraciones en la dinámica.

- **Evolución con estenosis estrecho inferior**

Descenso con normalidad, el parto se detiene cuando la cabeza llega al suelo de la pelvis y debe rotar.

Suele requerir ayuda instrumental

- **Desproporción pélvico-cefálica**

Discordancia entre el tamaño de la pelvis materna y el feto que impide normal encajamiento de este durante el parto

Desproporción pélvico-cefalica

CAUSAS	COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO	CURSO DEL PARTO
Exceso tamaño fetal	Rotura prematura de membranas	Exploración abdominal Feto grande, cabeza fetal sobre sínfisis púbica	Anomalías dinámica.
Deflexión accidental de la cabeza	Retraso en la dilatación	Exploración vaginal	Dilatación cervical estacionada
Anomalías pélvicas	Prolapso de cordón. infección Alteraciones dinámica uterina	Edema de cuello Cabeza no apoyada sobre cérvix Cabeza fetal no insinuada en la pelvis Existencia de caput, deflexión, Asinclitismo acabalgamiento	Pujos antes de D.C Frecuencia de desaceleraciones precoces

- **DISTOCIAS CERVICALES**

Malformaciones congénitas

Hipoplasia, tabicamientos, rigidez, edema , mioma

- **DISTOCIA VAGINALES**

Malformaciones congénitas, atresia vaginales, tabiques.

Lesiones adquiridas, tumores.

- **DISTOCIAS VULVARES**

- **DISTOCIAS POR TUMOR PREVIO**

Aquellas ocasionadas por la existencia de tumores de asiento genital o extra genital , Los miomas son los + frecuentes

Contraindica el parto en aquellos que se sitúan por delante de la presentación fetal

Inducción del parto. Indicaciones. Contraindicaciones. problemas complicaciones

- **Estimulado**

Objeto mejorar o acortar evolución del trabajo de parto , en gestante que lo ha iniciado de manera espontanea.

Ocurre: tras epidural, muchas horas con dinámica efectiva. Razones desconocidas.

Progresión normal a partir de 2 cm dilatación.

Primíparas 1cm/h. Multíparas 1.5 cm /h.

- **Inducido**

Dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos, con el fin de que el parto sea por vía vaginal.

Tipos de inducciones

TERAPÉUTICA ELECTIVA

- **TERAPEUTICA**

Indicada cuando **los beneficios de finalizar la gestación** para salud de la mujer y el bebé **son mayores** que los beneficios de permitir que el embarazo continúe

- ✓ no existen contraindicaciones
- ✓ Cumpla las condiciones adecuadas para la inducción.

INDICACIONES

- ❖ Patología materna
- ❖ Complicaciones obstétricas
problemas fetales.

INDUCCIÓN ELECTIVA

- ▶ indicación de inducción de parto en un embarazo a término sin ninguna características descrita.
- ▶ Se inicia el trabajo de parto por conveniencia de una persona , embarazo a termino, sin indicación medica u obstetra.
- ▶ Se utiliza **test bishop**, establece un pronostico de éxito entre el resultado de la inducción y las condiciones obstétricas que se lleva a cabo.

Bishop >7= 95-99 %.

Bishop entre 4-6= 80-85%.

Bishop menor 3= 50-55%.

TEST BISHOP



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2	3-4	> 5
Borramiento	30%	50%	70%	80%
Consistencia	Dura	Media	Blanda	-
Posición	Posterior	Media	Centrado	-
Plano	ses	I	II	III

Bishop >7= 95-99 %.

Bishop entre 4-6= 80-85%.

Bishop menor 4= 50-55%.

INDICACIONES INDUCCION AL PARTO

COMPLICACIONES MEDICAS MATERNAS PROPIAS Y DE LA GESTACIÓN

**DIABETES TIPO I
HTA INDUCIDA POR EL EMBARAZO O CRONICA
ENFERMEDAD RENAL
ENFERMEDAD PULMONAR O CRONICA
PRE-ECLAMPSIA
COLESTASIS INTRAHEPATICA**

INDICACIONES TERAPEUTICAS

**RPM
CORIOAMNIONITIS
CIR
EMBARAZO PROLONGADO. GEMALAR > 38 SG
MUERTE FETAL
SOSPECHA DE RIESGO FETAL
PERFIL BIOFISICO ALTERADO**

Características para inducir el parto

Embarazo termino
madurez fetal

No complicaciones
medicas , obstétricas
que desaconsejen

No intervenciones
previas uterinas

Ausencia de signos
de sufrimiento fetal
en el registro

Presentación vértice

Ausencia de DPC

Asistencia parto dirigido

- Evaluar características del cérvix mediante tacto vaginal y el estado fetal (RCTG)
- Las características del cuello son un indicador de pronóstico a cerca de la probabilidad de éxito de una inducción.

inducción cuello Favorable Test bishop > o igual 7	Inducción cuello desfavorable Test bishop < o igual 6
Maniobra Hamilton	Maduración cervical
Amniorrexis artificial	Amniorresis artificial
Administracion oxitocina	Administracion oxitocina

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ☐ Placenta previa o vasa previa
- ☐ Situación transversa u oblicua
- ☐ Procidencia o prolapso de cordón.
- ☐ Cesárea previa con incisión uterina clásica, en T, o cirugía uterina con acceso a la cavidad
- ☐ Herpes genital activo. Glaucoma
- ☐ DPC absoluta. Anomalías pélvicas evidentes
- ☐ Carcinoma invasor de cérvix
- ☐ RPBF. Ausencia comprobada bienestar fetal
- ☐ Anomalía pélvica evidente. Algunas enfermedades maternas graves o ciertas malformaciones fetales

RELATIVAS

- ☐ Alergia a medicamentos que se utilizan
- ☐ Distancia al centro medico

Problemas y complicaciones

- ✓ Corioamnionitis por Rotura prolongada de membranas.
- ✓ Hiperestimulación uterina
- ✓ Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
- ✓ Prolapso postamniorrexis artificial.
- ✓ Intoxicación hídrica

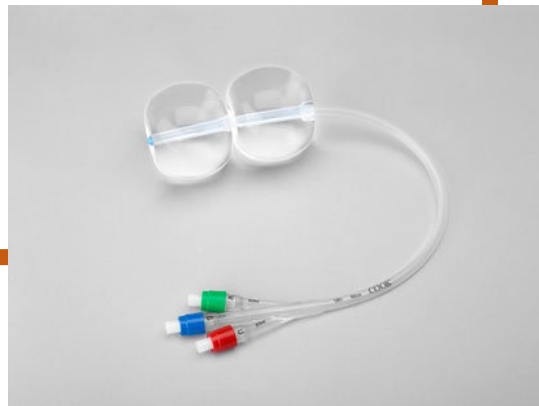
Siempre que se decida finalizar un embarazo mediante inducción es necesario :

Indicación correcta, elegir cuidadosamente el momento , el método , establecer riesgo / beneficio.

consentimiento verbal y por escrito.

INDUCCIÓN

- MÉTODOS MECÁNICOS
- Tallos laminarios, sonda Foley, balón Cook
- Aumentan la dilatación cervical por presión mecánica, liberando prostaglandinas
- Incrementa el riesgo de infección neonatal



- Comparando con prostaglandinas no mejora la tasa de partos vaginales en 24h, ni reduce tasas de cesáreas
- Puede reducir la incidencia de hiperestimulación uterina.

Maniobra de Hamilton

Separación digital de las membranas mediante tacto vaginal con uno o 2 dedos.

Finalidad despegar membranas , separando el polo inferior del segmento inferior.

Reduce la necesidad formal de la inducción de parto o incrementa los partos espontáneos.

Condiciones : cuello semiborrado y entreabierto.

Complicaciones : dolor , amniorrexis accidental.

No en bolsa rota , ni EGB +, infección previa.

Riesgos : infección, RPM, hemorragia, aparición dinámica uterina excesiva

AMNIORREXIS ARTIFICIAL (RAM)



↑ actividad de las prostaglandinas endógenas y la secreción posthipofisiaria de oxitocina por el reflejo de Ferguson.

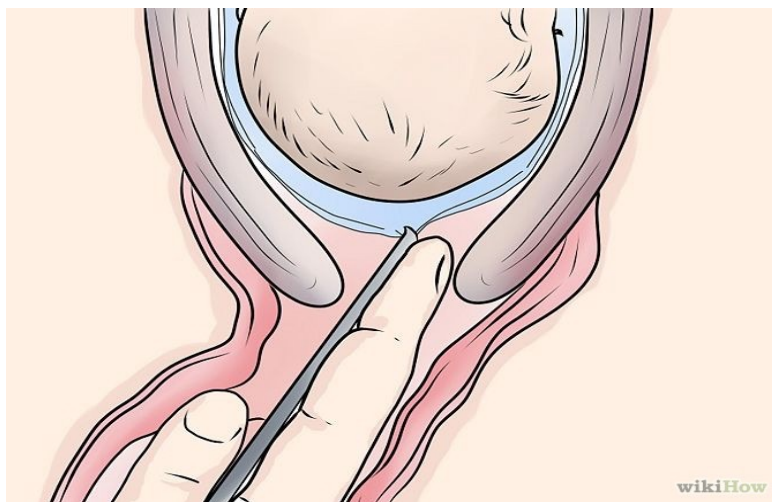
Puede desencadenar el parto como único método de inducción si el cérvix está favorable.

Se utiliza para complementar y potenciar la acción de la oxitocina.

Durante el periodo activo de parto hace que mejore la dinámica uterina.

Se observa el color del líquido amniótico.

Se realiza con una lanceta para amniorrexis.
Amniotopos Beacham



AMNIOTOMIA

- ✓ TV identificar cérvix y membranas.
- ✓ Descartar existencia de vasos por delante de la presentación.
- ✓ Introducir amniotopo, guiada por la exploración de la mano contraria.
- ✓ Romper con el gancho las membranas .

Complicaciones :

- ✓ Prolapso cordón. Hemorragia vasos fetales o placentarios.
- ✓ Desaceleraciones FCF por Cordón umbilical.
- ✓ Infección ascendente corioamnitis.
- ✓ Mayor probabilidad de transmisión perinatal VIH
- ✓ Molestias del procedimiento.
- ✓ Aumento de las contracciones sobre el feto

RECOMENDACIÓN SEGO

No amniotomía de rutina

Realizar si no progresión de la dilatación .

Se precise acceso al feto

RECOMENDACIÓN GPC ATENCION PARTO NORMAL (2010)

No realizar de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma natural.

Comparacion métodos induccion

- PGE2 método ideal para la inducción al parto. Administrarse via vaginal.
- Al comparar PGE2 con oxitocina , es mas efectiva la tasa de partos vaginales en las 24h.
- Si cérvix inmaduro: amniotomia + oxitocina mayor riesgo de sangrado e insatisfacción materna. NO USAR COMO METODO DE INDUCCION PRIMARIO a no ser que exista contraindicación para uso PGE.
- Comparar PGE2 con PGE1 vaginal : menor riesgo liquido meconial, menor tasas hiperestimulación uterina, misma tasa de cesáreas.
- Incrementa la necesidad de oxitocina, disminuye la tasa de partos vaginales en 24 h, incrementa la necesidad de analgesia epidural.

OXITOCINA

Estimula liberación de calcio del retículo endoplasmático.

Abre canales de calcio.

Estimula la ciclooxygenasa II a producir prostaglandinas

EFFECTO

Contracción miometrial útero grávido y no grávido

Células miometriales y mamas.

Aumento FSH, LH y PRL

Alumbramiento dirigido 10 UI IM tras salida hombro anterior

Hemorragia post parto. Disolver 10-40 UI oxitocina en 1000 en disolvente no hidratante y perfundir.

2-10 ui IV -10 ui tras expulsión placenta

DOSIS ELEVADAS

Antidiurético, metabólico

(**hipoglucemia** y aumento de ácidos grasos libres)

Efecto cardiovascular (vasodilatación, hipotensión, taquicardia, depresión miocárdica,

Rubicundez

OXITOCINA



Sintética purificada.

Vía nasal, IM, IV.

IV es la mas segura para controlar las cantidades.

Usar en periodo dilatación, expulsivo y puerperio inmediato tras alumbramiento.

OBJETIVO

lograr actividad uterina suficiente para
LOGRAR CAMBIOS CERVICALES Y
DESCENSO FETAL.

**Suspender hipertonía,
taquisistolia, afectación RCTG**

Dosis para conseguir
contracciones cada 2-3 mt
,duración 60-90 seg.

Intensidad 50-60
mmhg.

Respuesta uterina 3-5
mt.
Requiere de 20-40 mt
para alcanzar
concentraciones estables

Vida media plasmatica
3-20 mt.
Tasa aclaramiento
metabolico 20/ml/KG

Dosis máxima 180
ml/h. (30 mU/mt)

antidiuréticas,
soluciones hipotónicas
**hiponatremia
sintomática.**

Complicaciones
convulsiones, coma,
muerte.

**Monitorizaci
ón continua
mujer,
hidratación.**

Hemorragia posparto
periodo latencia 1 mt.
IM 2-4 mt. Respuesta
dura 30-60mt. IV +
corta

CONTRAINDICACIONES OXITOCINA

DESPROPORCION
CEFALOPELVICA

PRESENTACION
ANOMALA

PREDISPOSICION A
EMBOLIA POR L.A

PLACENTA PREVIA

CONTRCCIONES
HIPERTONICA

DISTOCIA
MECANICAS

PERDIDA BIENESTAR
CONFIRMADA

HISTORIAL DE
HIPERSENSIBILIDAD

USO
CONCOMITANTE
CON
PROSTAGLANDINAS

COMPLICACIONES INDUCCIÓN OXITOCINA

OXITOCINA

SEGO

Diluir 5U Oxitocina + 500 ml Ringer lactato o Suero fisiológico.

10 U Oxitocina 1000 Ringer.

Administrar bomba de infusión.

Iniciar dosis mínima para ir incrementando de forma gradual para alcanzar dinámica uterina optima (3-4 cont/10 mt, duración 45-60 seg.

1. Hiperestimulación uterina

Frecuencia contracción 1 cada 2mto menos, duración + 60-90 seg. Tono uterino > 20mmhg.

Tto : suspender perfusión, DLI, O2?, Ringer lactato rápido, si persiste administrar tocolóticos

2. Rotura uterina

Primer signo Alteración FCF de inicio brusco, desaparece la DU. perdida de altura de la presentación.

3. Intoxicación hídrica. hiponatremia sintomática.

Si se administra altas dosis de oxitocina +180 ml/h y periodos prolongados: Convulsiones, coma, insuficiencia cardiaca, muerte
Hiperbilirrubinemia neonatal si altas dosis.

Maduración cervical

Paso previo a la inducción.

Proceso que comprende cambios de forma, posición, consistencia ampliación del conducto endocervical.

Objetivo: mejorar las condiciones cervicales para realizar una inducción.

Se realiza cuello desfavorable . Test bishop < 6.

Método más utilizado prostaglandinas.

Sustancias derivadas del ácido araquidónico E2 (PGE2), E1 (PGE1)

Tipos de prostaglandinas

Endocervical PREPIDIL 0.5 mg Dinoprostona	Vaginal liberación prolongada PROPESS 10 mg dinoprostona	Vaginal, CYTOTEC, MISOPROSTOL Misofar 25 mg.	CONTRAINDICACIONES
<p>Gel. prostaglandina E2.</p> <p>10-15 mt en decúbito supino tras aplicación.</p> <p>No aplicar por encima de OCI por riesgo hiperestimulación.</p> <p>Se puede aplicar c/6h. Un máximo de 3 aplicaciones. Pasar -6h desde retirada para usar oxitocina.</p> <p>Contraindicaciones absolutas Cytotec</p>	<p>prostaglandina E2.</p> <p>Libera 0.3 mg/h durante 24h. permanecer 30mt en D. Supino tras aplicación.</p> <p>De elección en cesárea anterior en ausencia de contraindicaciones.</p> <p>Oxitocina instaurar a la media hora de retirarse.</p>	<p>Análogo prostaglandina E1</p> <p>Bajo costo, se almacena a tº ambiente.</p> <p>Presenta efectos secundarios sistémicos.</p> <p>Rápida absorción VO, sublingual, vaginal o rectal.</p> <p>Misofar 25 mg. Para maduración cervical, inducción parto a término.</p>	<p>Cardiopatías moderadas Hipersensibilidad a las prostaglandinas.</p> <p>Si el parto ha comenzado, administración simultánea con oxitocina</p> <p>Multiparidad 4+ partos Parto vaginal contraindicado. Precauciones especiales Sangrado origen desconocido, glaucoma, asma</p>

cesárea anterior, gestación < 34 semanas, Preeclampsia grave, eclampsia.

Complicaciones prostaglandinas

Nauseas vómitos

Fiebre diarrea

Hiperestimulación
Rotura uterina

Taquisistolia
hipertonia

Hipotensión

taquicardia
materna y/o fetal
CID

Consideraciones

- Ante hiperestimulación
 - ✓ Retirar la prostaglandina, colocar a la paciente en DLI,
 - ✓ si persiste hiperdinamia administrar uteroinhibidor (Prepar).

- Existe suficiente evidencia de muchas sociedades científicas

La aplicación de prostaglandinas para la maduración cervical y la posterior inducción mediante amniotomía y administración de oxitocina, constituye el método más eficaz de inducción en condiciones desfavorables (índice de Bishop <6), siendo mejor que otras técnicas de inducción y q la practica de cesárea electiva

Casos especiales inducción Cesárea

Si bishop <6, realizar maduración cervical.

- Estaría contraindicada la inducción en caso de más de una cesarea??
- Cesárea anterior no segmentaria, cesárea anterior con incisión en T invertida
- Maduración cervical con PGE 2.

Si Bishop >6 o fracaso de maduración comenzar inducción oxitocina a dosis 1 mu/min; 6ml/h.

- Tiempo de inducción con oxitocina no exceder de 8 horas.
- En gestaciones múltiples , tener en cuenta el riesgo de rotura uterina.
- Antecedentes de cesárea previa se contraindican las prostaglandinas. Inducción con Sonda Foley + oxitocina

Fracaso de inducción

- **Después de 12h+ 3h de inducción con oxitocina con dinámica uterina adecuada, no se consigue que la mujer entre en fase activa de parto**

CARBETOCINA	METHERGIN	RITRODINE (prepar)
Análogo sintético de la oxitocina	Alcaloide cornezuelo de centeno. Antagonista parciales de receptores alfa.	B.memeticos. La relajación se consigue por estimulación de los receptores B2. disminuye el Ca intracelular, activan sistema adenil-ciclasa. No selectivo por lo que se estimula Receptores B1
Efecto 2 mt. se mantiene 60 mt. prevención atonía uterina	Efecto contráctil sobre la musculatura lisa uterina Puede durar entre 4-6 h. Dependerá del grado de madurez y estadio de la gestación CONTRAINDICACIONES <ul style="list-style-type: none"> • Durante dilatación o expulsión parto • HTA, Eclampsia, Pre eclampsia • Asma, Cardiopatía isquémica • ENFERMEDAD HEPATICA, SEPSIS 	Usar VO, IV. Dado el mal perfil de seguridad, se considera de 2 o 3 línea de tto APP. Se utiliza en casos de RPBF y Versión cefálica externa. Administrar en Bomba de perfusión.
Dosis 100 mcg iv 1 mt post parto	Tto hemorragia post parto y post aborto. Accion rápida 45 seg. Administrar VO, IV (lenta HTA), IM	Dilución en Solución de dextrosa. Infusión IV BOLO para Sufrimiento fetal 0.05 mg/mt. Dosis eficaz oscila entre 0.15-0.30 mg/mt

CONTRAINDICACIONES BETA – MIMÉTICOS

- Hipersensibilidad conocida B-miméticos.
- Pre eclampsia severa o HTA no controlada.
- Estenosis vulvar, cardiopatía .
- HT pulmonar
- Muerte fetal.

ADVERTENCIAS PRECAUCIONES USO

- ✓ Diabetes
- ✓ Hipertiroidismo
- ✓ Hemorragia vaginal o tendencia hemorrágica.
- ✓ Ruptura de membranas
- ✓ HTA.

EFFECTOS ADVERSOS

- ✓ Taquicardia
- ✓ Hipotensión
- ✓ Dolor torácico, palpitaciones
- ✓ Cefaleas
- ✓ Arritmias, incluso llegando a isquemia 0.3 %
- ✓ **Efectos metabólicos**
- ✓ **Hiper glucemia, hiperpotasemia, temblor y acidosis metabolica.**

Gracias

