

TEMA 64

DISTOCIAS MECANICAS Y TRAUMATISMOS OBSTETRICO

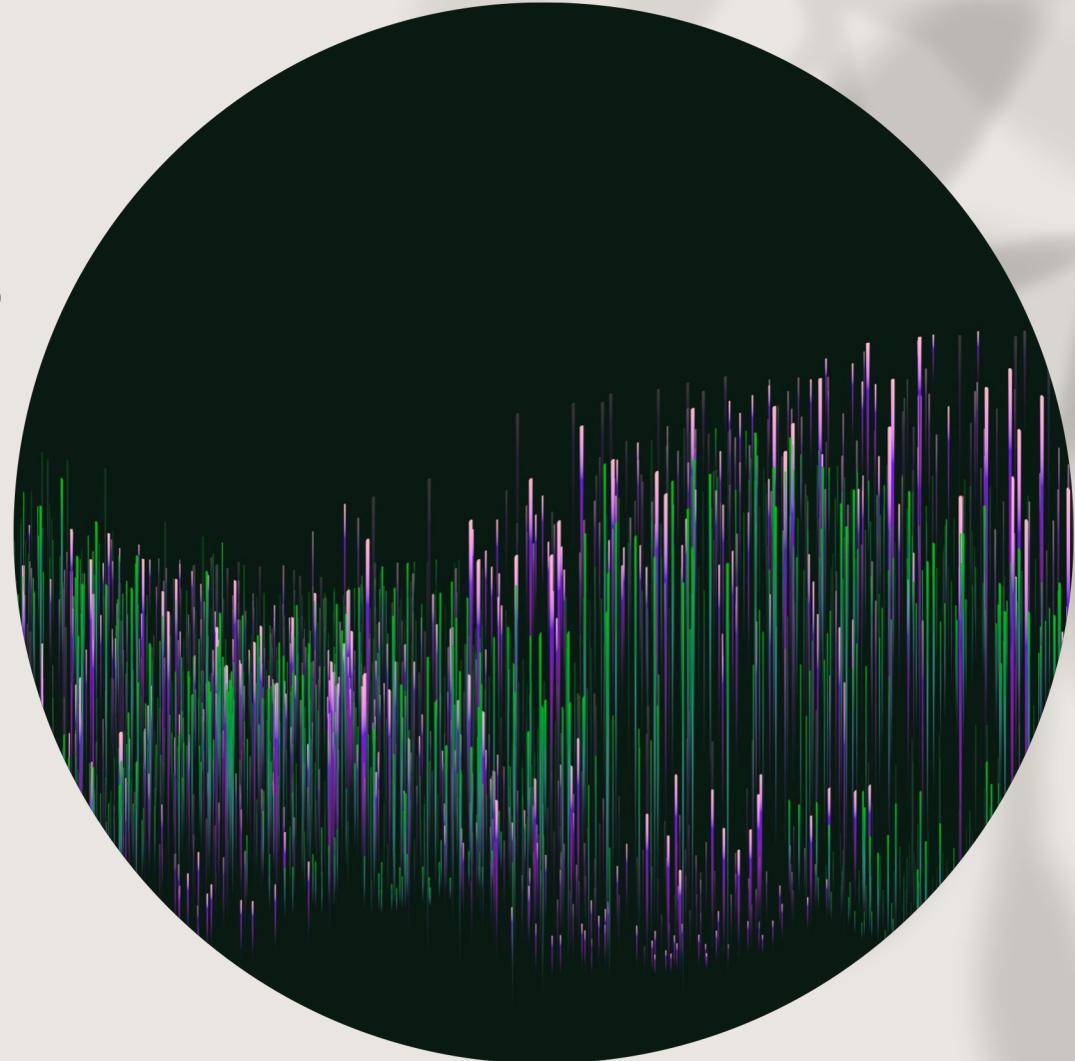
FETALES.

PARTO INSTRUMENTAL. CESAREA.

FIEBRE INTRAPARTO

Rosalía Mancheño M.

Matrona



Periodo expulsivo

- El que transcurre desde que se alcanza dilatación completa y el momento que se produce la expulsión fetal.
- **Expulsivo pasivo** dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- **Expulsivo activo** feto visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de D.C o pujos maternos en presencia de D.C con ausencia de contracciones de expulsivo

Duración normal	Nulíparas	Multíparas
F. Pasiva	2h C/ o Sin Epidural	1h Sin epidural 2h C/ Epidural
F. Activa	1h Sin Epidural 2h con Epidural	1h C/ o sin Epidural

Guía cuidados experiencia positiva del parto (OMS 2018)

Se debe informar a la mujer que la duración del periodo expulsivo varia de una mujer a otra, en los **primeros partos** el parto se completa normalmente en 3 h. En los **partos subsiguientes** el parto por lo general se completa en 2 h.

Mecanismo general del parto.

Conjunto de movimientos que bajo la acción de fuerzas dinámicas del parto debe efectuar el feto para salir al exterior.

Movimientos Pasivos

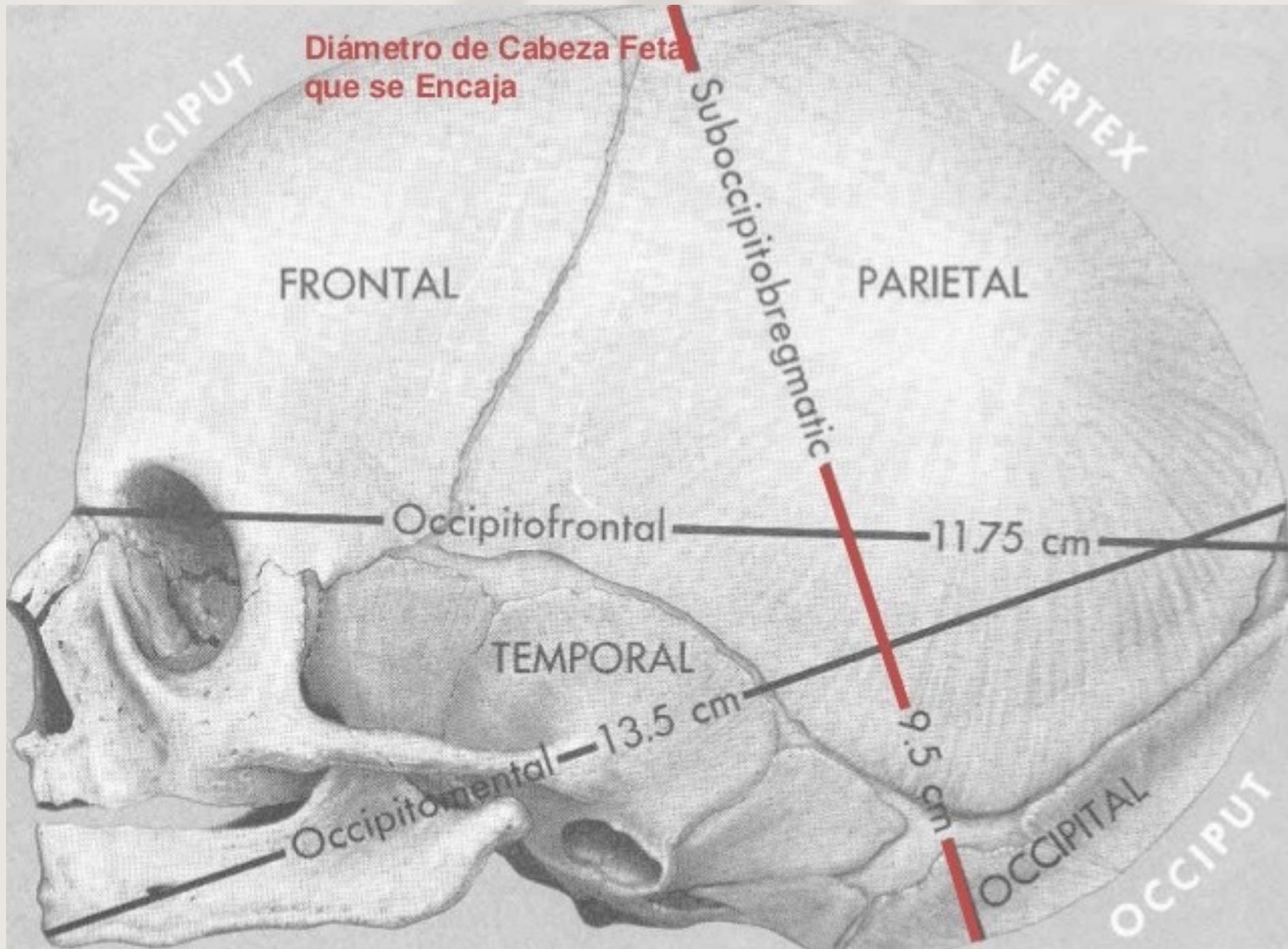
Cumplir 3 tiempos : entrada en el conducto, encajamiento y descenso, desprendimiento.

Presentaciones : Vértice : Anterior, occipito posterior.

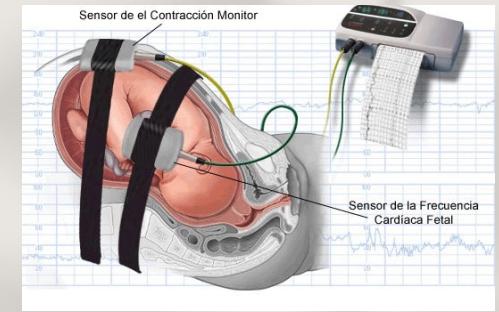
Distocias por flexión de la cabeza : Cara, Frente, Sincipuccio.

Cuidados de la mujer durante el periodo Expulsivo

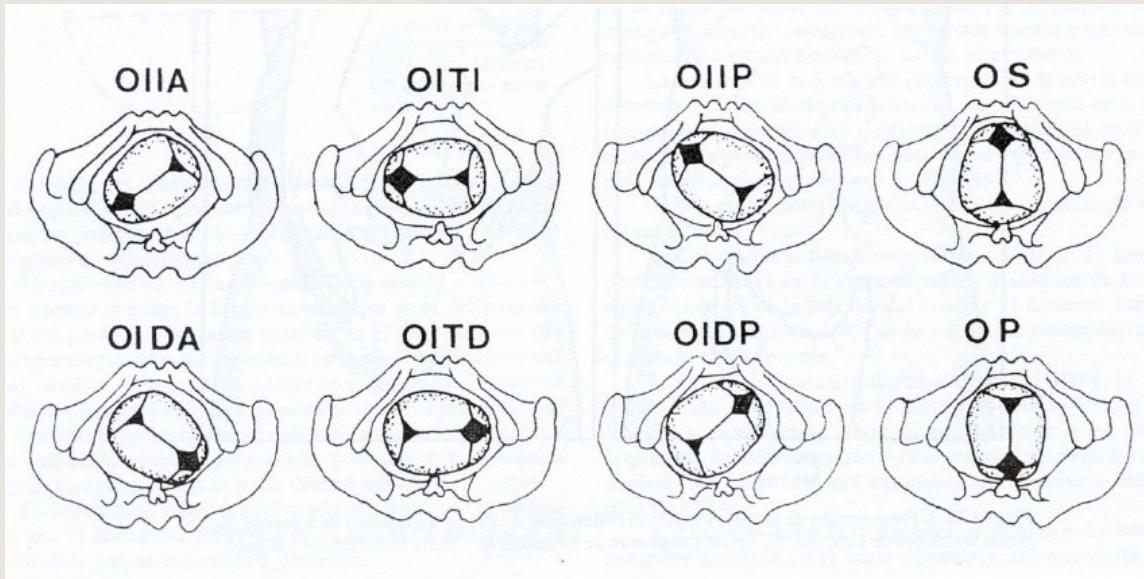
- Acompañamiento
- Medidas de asepsia
- Posición durante el periodo expulsivo
- Pujos maternos y pujos dirigidos
- Prevención del trauma perineal
- Episiotomías.
- Método y material de sutura en la reparación perineal
- Maniobra de Kristeller



DX PRESENTACION VERTICE



- ☞ MANIOBRAS DE LEOPOLD.
- ☞ LATIDO CARDIACO FETAL - TV
- ☞ ECOGRAFIA.



- **Maniobras de leopold.** Palpaciones para determinar presentación, situación y posición del feto.
- **1^a.** Palpación de fondo: cabeza, nalgas
- **2^a** determina la posición. Inf. del lado que está el dorso y las extremidades
- **3^a.** Identificación del polo cefálico. Se identifica la presentación.
- **4^a.** Grado de encajamiento

Mecanismo de la presentación de vértice

- 95 % partos .
- Cabeza flexión máxima y mentón pegado al torax.
- La acomodación de la cabeza mediante tacto vaginal.

Sutura sagital orientada al diámetro transverso.

Posición OIIT u OIDT

La cabeza ejerce movimientos de flexión lateral por la gran movilidad de las articulaciones, permite que un parietal descienda más que el otro ayudando que la cabeza entre en la pelvis.

- El encajamiento en el 75 % es asinclítico. Se introduce un parietal y luego el otro.
- **Oblicuidad Nagele.** Entra el parietal anterior en primer lugar. Sutura sagital próxima al promontorio.
- **Oblicuidad Litzman.** Entra el parietal posterior en primer lugar . Sutura sagital próxima a la sínfisis.
- **Movimientos de la cabeza**
Ligera flexión, descenso, flexión máxima, rotación, deflexión, rotación externa

Vértice . Descenso y encajamiento. Desprendimiento

- La cabeza avanza sin modificar su posición, se recupera el sinclitismo cuando el mayor diámetro de la cabeza ha superado el estrecho superior.
Cabeza encajada.
- Punto mas descendido de la cabeza llega al III plano Hodge. Espinas ciáticas.
- **fontanela menor en el centro de la pelvis.**

- La cabeza gira 45º(OIIA,OIDA) 90º (OIIT, OIDT). 135º (OIDP, OIIP)

Aumenta el diámetro antero posterior del canal del parto, occipucio:Vulva

 - adaptar el Diámetro bisacromial a un diámetro favorable pelviano. Rotacion cabeza 90 º. Se adapta al diámetro anteroposterior del E. Inferior
 - Parto de hombros

Presentación Vértice Occipito Posterior

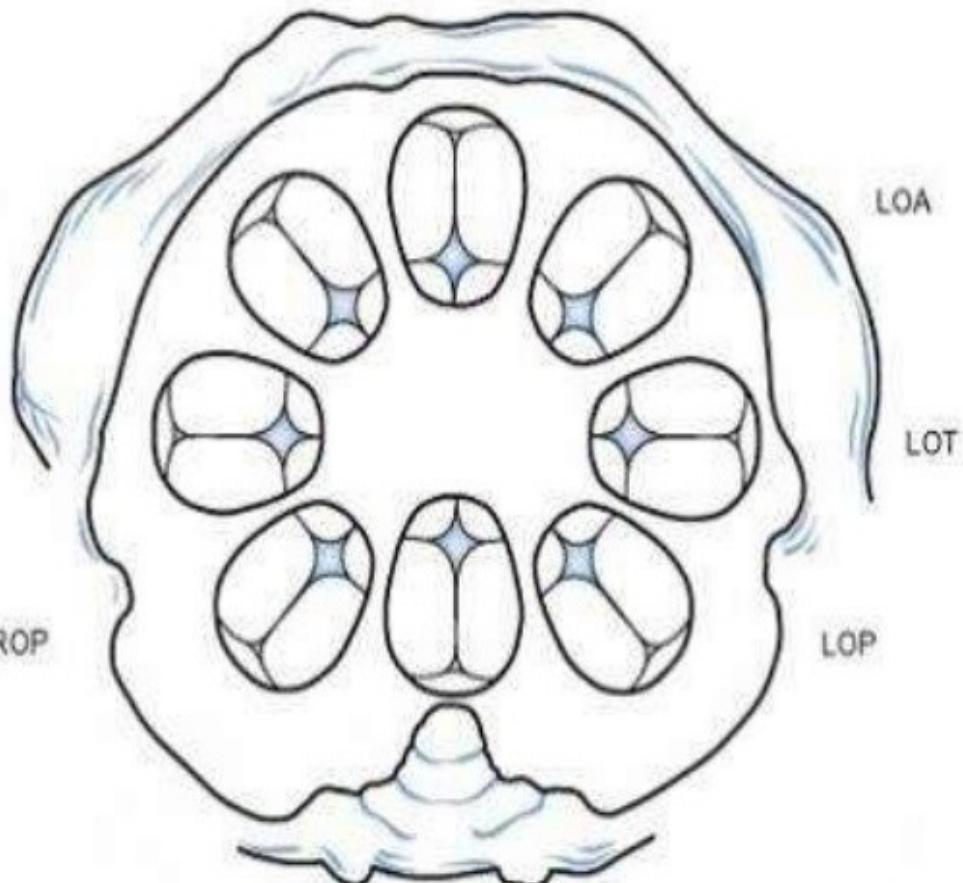
- 2-8 % de los expulsivos.+ OIDP
- Cuando alcanza III plano el bregma queda apoyado bajo el pubis.
- La cabeza debe flexionarse , sale vulva la fontanela menor
- Complicaciones : dolor zona lumbar, intervencionismo, instrumentales, laceraciones periné.
- Cesarea.líquido teñido. – distocias+ parálisis braquial
- Causas :
- Fetales: braquicefalia, dolicocefalia deflexionada, +4 Kg
- Maternos : Abdomen péndulo. P. Androide , antropoide, Nuliparidad
- +35 años,cesarea,embarazos prolongados
- **Facilitar rotación anterior cuadrúpeda, DL hacia dorso fetal, Sims hacia dorso o contrario**

Occiput anterior

ROA

ROT

ROP

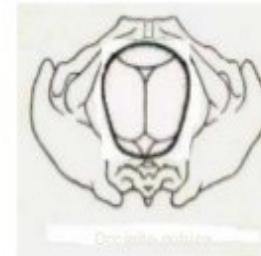


4

EL FETO Y SUS RELACIONES



Occipito derecha anterior



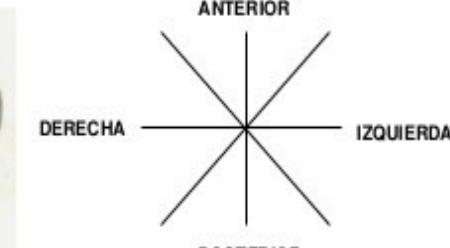
Occipito rectus



Occipito izquierda anterior



Occipito derecha transversa



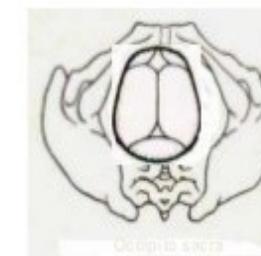
DERECHA

IZQUIERDA

POSTERIOR



Occipito derecha posterior



Occipito recta

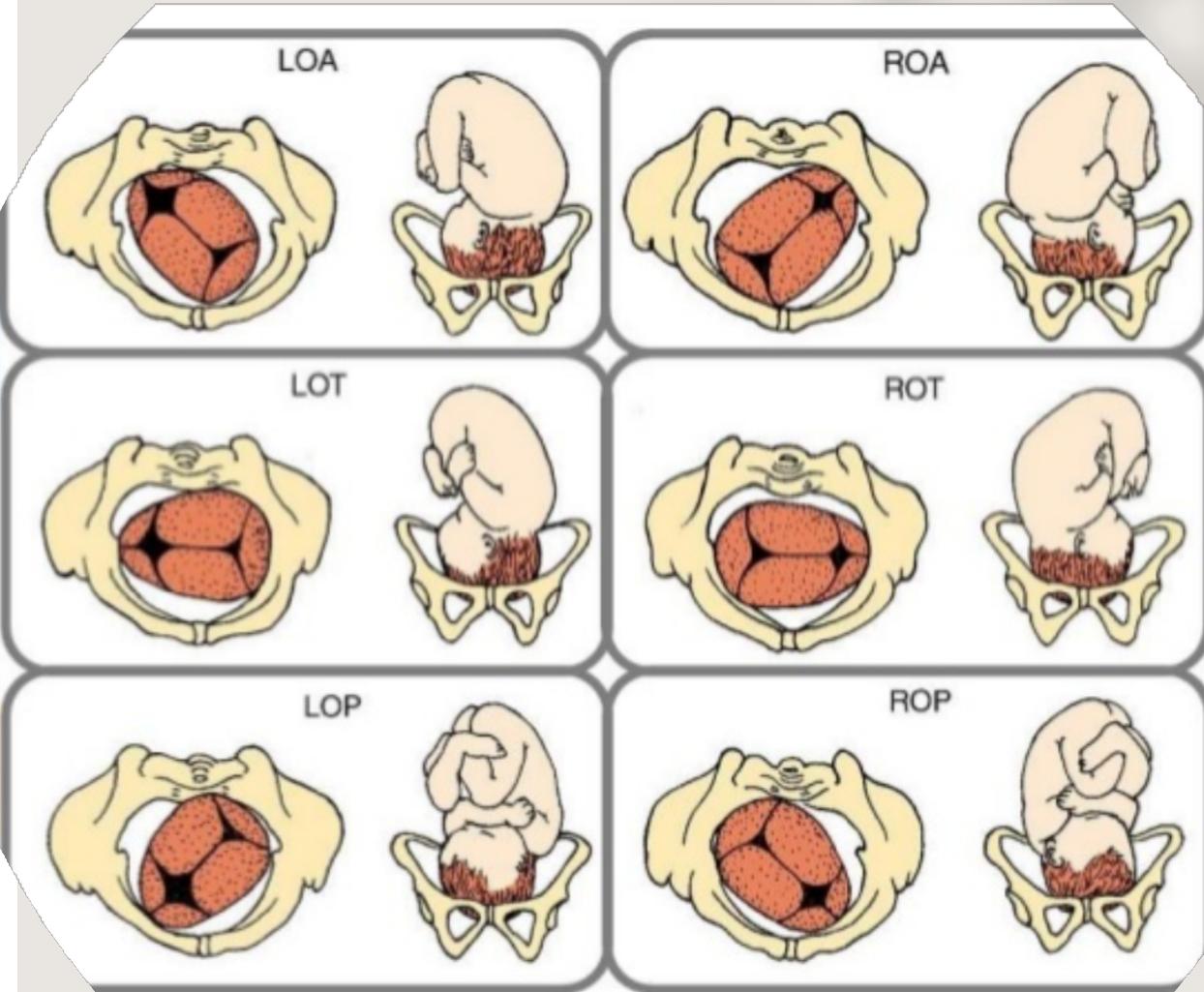
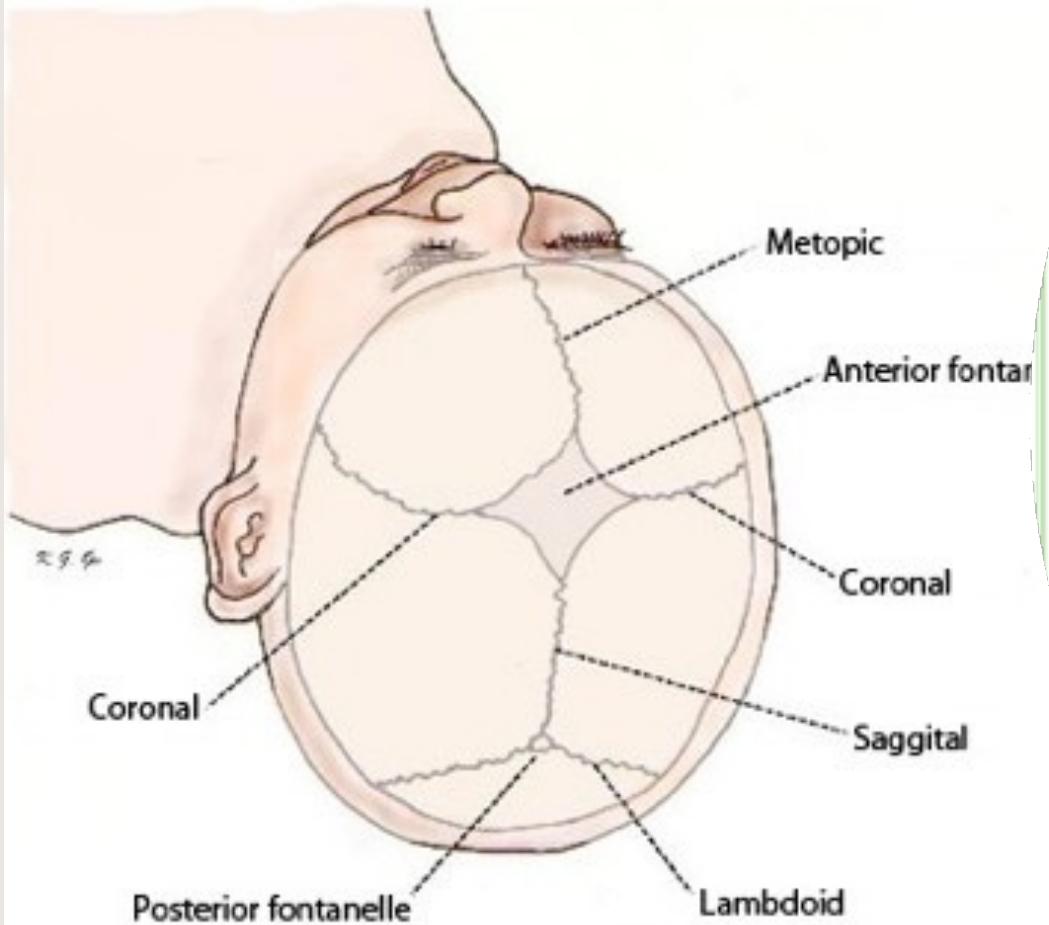


Occipito izquierda posterior

27

Cranial Sutures

View from top of head



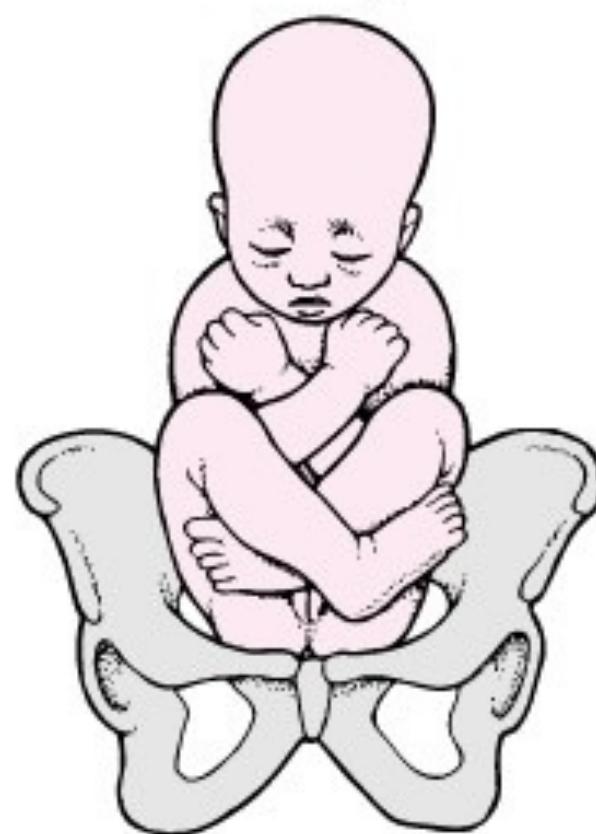
De cara



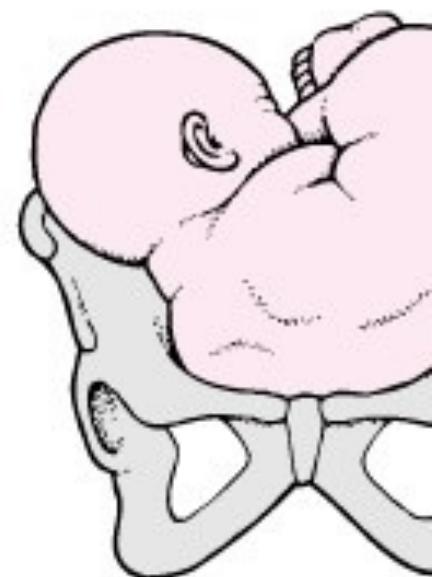
De frente



De nalgas



De hombro



Presentaciones anómalas

DISTOCIAS FLEXION CABEZA

CARA	FRENTE	BREGMA O SINCIPUCIO
Máxima defluxion cabeza	Variedad parto de cara.	Ligera deflexión cabeza fetal.
Punto guía mentón.	Deflexion media D. Occipito-mentoniano (13.5 cm) Punto Referencia S. metopica Nariz punto de guía para definir la posición.	Occipucio y frente al mismo nivel de la pelvis materna.
Diámetro submento-bregmatico (9.5 cm)		Punto guía F. mayor oBregma Occipito frontal.
CAUSAS		
Anomalías pélvicas	Complicación + frecuente desproporción pélvicacefálica.	Encajamiento lento.
Malformación fetales		Bregma rota hacia delante.
Circular de cordón, placenta baja, hidramnios, oligoamnios, RPM	Parto posible si fetos pequeños. No se produce encajamiento.,	Frente por debajo del pubis.
Frecuente en multíparas		Dx diferencial con una posición posterior de vértice
Signo hachazo		Valora fontanela que se ha introducido más en la pelvis
Signo de Beck		
Parto en mento anterior o mento pubica. mento	Presentación más patológica	Fontanela mayor : bregma

Denominación	Actitud	Presenta/dímetro	Punto Guia
Occipito-iliaca(OI)	Flexion maxima	Occipucio/D opcipito-bregmatico. 9,5 cm.	Fontanelas menor
Sincipito-iliaca (SIL)	Deflexion ligera	Sincipucio/D. occipito frontal 12 cm	Fontanelas mayor
Fronto-iliaca (FI)	Deflexion intermedia	Frente/ D.Occipito-mentoniano	Sutura metopica
Mento iliaca (MI)	Deflexion máxima	Cara/ submento-bregmatico. 9.5 cm	Mentón.

Presentación de nalgas, podálica o pelviana

Puras , simple , franca o incompleta : si presenta las nalgas

Completa complejas : si presenta nalgas y pies.

Tiempos de parto : parto de la nalgas, parto de los hombros, parto de la cabeza.

Conducta expectante hasta la salida del ombligo.

Maniobra de Bracht. Maniobra Muller, Maniobra Rojas Lowset, Maniobra Veit Smillie.

Forceps cabeza ultima, Versión interna y gran extracción.

VERSION CEFALICA EXTERNA (4 INTENTOS) REPETIR SEMANALMENTE SI FRACASO

TASA MEDIA DE ÉXITO 50%.

DEPENDE EXPERIENCIA DEL EQUIPO. CRITERIOS DE SELECCION

SE RECOMIEDA LA VCE PARA REDUCIR LAS
TASA DE PRESENTACIONES PODALICAS A
TERMINO
(Grado Recomendación A)

Conjunto de maniobras
manipulación externa
Busca convertir la presentación
podalica en cefálica

Tiene mayor probabilidad de
parto vaginal normal y menor
riesgo de complicaciones.
Técnica segura y sencilla

Realizar en área
Quirúrgica
SI RH NEGATIVO
Administrar anti-D

Indicaciones
Todas las gestantes con feto en
presentación diferente a la
cefálica.

Feto a término 37 S.G
34-35 mayor probabilidad de éxito.
No disminución de tasa de cesarea y
puede aumentar riesgo parto pretermino.

Contraindicaciones VCE

ABSOLUTAS

- ✓ PLACENTA PREVIA OCLUSIVA, TUMOR PREVIO
- ✓ MALFORMACIONES FETALES QUE CONDICIONAN LA VIA DEL PARTO
- ✓ GESTACION MULTIPLE
- ✓ MALFORMACION UTERINA
- ✓ FETO MUERTO
- ✓ COMPROMISO FETAL
- ✓ ANTECEDENTES DE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA O SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO
- ✓ PREEECLAMPSIA GRAVE/ SINDROME DE HELLP
- ✓ ISOINMUNICACION RH
- ✓ OLIGOAMNIOS SEVERO

RELATIVAS

- CARDIOPATIA MATERNA
- BOLSA AMNIOTICA ROTA
- FASE ACTIVA DE PARTO
- MALFORMACION FETAL GRAVE
- 2 CESAREAS ANTERIORES
- ALTERACIONES DE LA COAGULACION

PARTO INSTRUMENTAL

VENTOSA

FORCEPS

ESPATULA

CESAREAS

Ventosa obstétrica. Vacuoextractor

- Ventosa extractora o vacuum
- Sistema extracción fetal instrumental , se basa en la aplicación de una cazoleta sobre cabeza fetal conectada aun sistema de vacío y dispositivo de tracción. Aplicación presión negativa + tracción se acelera el mecanismo fisiológico del parto normal.
- Procedimiento instrumental que mejor lo reproduce.
- Flexión y tracción, permite la rotación de la cabeza. Presion máxima 0.7-0.8 Kg/cm².
- Capacidad para dilatar se puede aplicar sin D.C. Ojo : riesgo/ beneficio
- Tipos metálicas , elásticas
- Diámetros 3-6 cm
- Condicion uso III plano hodge. 6-8 tracc.2derrap.
- Metodo recomendado como 1^a opción cuando esté recomendado un parto asistido.
- Desarrollar programas de entrenamiento si no existe experiencia adecuado en su uso (EAPN SNS) evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar tiempos de duración del periodo de expulsivo

Contraindicaciones ventosa

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none">○ Desproporción pélvico-cefálica○ Presentaciones fetales anómalas○ Sufrimiento fetal agudo	<ul style="list-style-type: none">○ Presentación occipitoposterior○ Presentación transversa baja○ Prematuridad <34 S.G. peso 2000 gr.○ Sospecha alteración coagulación fetal○ Macrosomia fetal○ Antecedentes de traumatismo en cuero cabelludo(tomas ph, electrodos)

Morbilidad materna	Morbilidad fetal
<ul style="list-style-type: none">○ Menor numero respecto al fórceps,○ no elemento rotador y traccionar de forma sincrónica con la contracción .○ Complicaciones similares a las que se producen parto espontaneo canal del parto, esfínter anal, suelo pélvico	<ul style="list-style-type: none">○ Caput○ lesiones extra craneanas○ Fracturas○ Cefalohematoma○ Hematoma subaponeurotico○ Hemorragia intracraneal○ Hemorragia retiniana

partos instrumentados. FORCEPS

Ø Chamberlain. Instrumento toco quirúrgico para la extracción de un feto vivo, vía vaginal como abdominal.

Ø 2 ramas que se cruzan: mango, articulación y cuchara.

Ø **Funciones Prensión, tracción, rotación.**

Ø Actúa como palanca

Ø ACOG dividió la pelvis 10 estaciones.
0. altura de las espinas ciáticas

Tipos

Ø Clasicos : partos de aplicación baja. Simpson, Negele, elliot , De lee.

Ø Tracción Axial . Parecido a los anteriores pero presentan elemento tractor. Tarnier,demelin, de Wees, Good.

Ø Especiales Kjelland : presentaciones enclavadas en transversa, posteriores, presentaciones cara.

Permite corregir asinclitismo.

Ø Piper extracción cabeza fetal en nalgas

FORCEPS. CONDICIONES

MATERNA

Dilatación cervical completa

Amniorrexis

Verificar resistencia del canal blando

Vejiga y rectos vacíos

Anestesia adecuada

FETALES

- ✓ Presentación encajada y conocimiento de la posición fetal
- ✓ Ausencia de malformaciones cefálicas fetales grave
- ✓ Conocer edad gestacional

Indicaciones fórceps

F. Necesarios. Procedimiento necesario y urgente ante un compromiso materno fetal durante el trabajo de parto

F. Profiláctico. Se conocen de antemano y no son urgente. Ante complicaciones materno-fetales que pueden beneficiarse de la reducción del periodo expulsivo

F. Electivo . A criterio exclusivo del obstetra. (docentes)

INDICACIONES DE FORCEPS

MATERNA

Patología médica u obstétrica que contraindique pujos.

Miopía magna, retinopatía. Patología cardiopulmonar,, cerebrovascular, neurológica o muscular. Eventración post quirúrgica

Expulsivo prolongado

Ausencia de colaboración o agotamiento materno
Dinámica uterina inadecuada
Analgesia excesiva
Marcada resistencia del perineo e introito vaginal

Necesidad de acortar el periodo expulsivo

Preeclampsia, Eclampsia, fiebre intraparto

FETALES

SPBF
Distocia de Rotación.
Expulsivo prolongado

Extracción cabeza fetal en la cesárea
Extracción de la cabeza ultima en parto de nalgas

FORCEPS. MORBILIDAD MATERNA

LESIONES CANAL
DEL PARTO

HEMORRAGIAS

LESIONES
VESICO-
URETRALES

LESIONES OSEAS

LESIONES
NERVIOSAS

SOBREINFECCION

TRAUMATISMO
ESFINTER ANAL

FETAL

TRAUMATISMO CUTANEO,
OSTEOCARTILAGINOSO
NEUROLOGICO

FACTORES QUE CONTRIBUYEN ↑ MORBILIDAD FETAL

- **Aplicación incorrecta del fórceps**
DX erróneo presentación, articulación ramas inapropiadas, presas asimétricas
- **Excesiva fuerza de la extracción.**
mala técnica/ dominio del instrumento, posición elevada de la presentación en el canal del parto
- **Derrapaje de las ramas sobre la presentación.**
Frecuente en asinclitismo, necesidad de rotar > 45 grados, presentaciones altas
- **Empleo de un fórceps poco adecuado**

ESPÁTULAS

- Thierry de Raven. 1950.
- Ramas independientes y simétricas , no se articulan si están fenestradas.
- Partes : Empuñadura, mango, cuchara
- Curvatura facial, por lo que no ejerce presión sobre la cabeza
- Palanca de 1er. Genero, para extraer cabeza fetal.
- Actúa por empuje o pulsión.
- **Condición obligada para su uso cabeza encajada**
- **Usar de forma preferente en prematuros**
- No usar como primera opción en los casos que precisan grandes rotaciones.
- Morbilidad fetal. Hematomas, erosiones superficiales, % bajo parálisis facial, plexo braquial

Diferencias

fórceps

espátulas

Ramas	Articulada La mayoría fenestrada	Independiente No fenestrada
Curvatura cefálica	Acentuada para hacer presa en cráneo y cara	Mínima, contacta con cara en porción distal
Mecanismo de acción	Palanca 3 genero Prensión, tracción y rotación. Potencia entre resistencia(cara , cráneo fetal) punto de apoyo articulación Duplica fuerza y complicaciones Rotacion y descenso por tracción con tendencia a la deflexión.	Palanca primer genero Pulsión. Potencia situada empuñadura No se duplican las fuerzas Descenso libre por propulsión desde arriba con separación espacios que impiden
Fuerza	> Fuerza > presión cabeza fetal	> Fuerza > dilatación del canal blando del parto

CESÁREA

- Intervención obstétrica a través de la cual se extrae al feto y la placenta a través de una incisión realizada en la pared abdominal (laparotomía) y otra en el útero (histerotomía)
- OMS 1985 criterio de calidad tasas de cesáreas en torno al 15 %. España por encima de esos valores

En función parto	Electiva o programada /intraparto
En función urgencia	Urgente / no urgente
En función de la técnica	Corporal/ segmentaria (longitudinal, transversa)

Indicaciones + frecuentes cesáreas

- Distocia
 - SPBF
 - Cesárea Anterior
 - Presentaciones podálicas
 - Otras
- 
- +
Frecuencia
-

TIPOS INCISIÓN

- LAPAROTOMIA MEDIA
- INFRAUMBILICAL
- **INCISIÓN TRANVERSA Pfannenstiel**

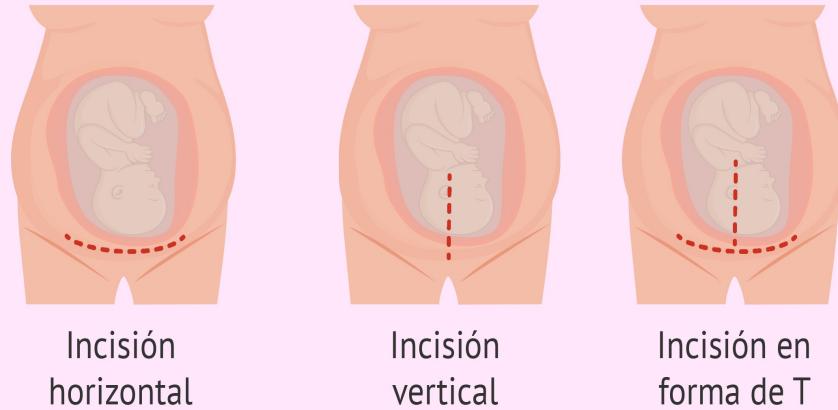
Inclinada hacia DLI durante 10-15 mt. Antes cirugía

Técnica

1. Incisión abdominal y separación peritoneo.
2. Histerotomia + utilizada a a nivel del segmento uterino

Tipo incisión determinado por

- Urgencia intervención
- Técnica quirúrgica prevista
- Características físicas de la paciente
- Cicatrices abdominales previas
- Preferencias cirujano



HISTEROTOMIA

- **INCISIÓN SEGMENTARIA TRANVERSA.**
- Menor riesgo de rotura en embarazo posteriores, menor perdida sanguínea, menor formación adherencias posteriores
- Desventaja difícil ampliar si es suficiente para la extracción fetal. Puede desgarrar ángulos de la incisión y vasos uterinos.
- Si insuficiente histerotomía longitudinal

- **INCISIÓN SEGMENTARIA VERTICAL**

- Util en casos que la S. Transversa es insuficiente para extracción fetal (grandes prematuros, presentaciones nalgas)
- Abordaje del segmento inferior puede ser complicado (miomas, adherencia, inserción placentaria baja)

- **INCISIÓN CORPORAL**

- **Cesárea corporal o incisión uterina clásica.** cara anterior del útero siguiendo longitudinal la línea media.

Contraindicación parto vaginal por riesgo aumentado de rotura uterina

CESAREA

- **Extracción fetal** para evitar desgarros uterinos.
- Si dificultad utilizar valva sellheim o fórceps
- **Alumbramiento manual** (mayor perdida hemática, morbilidad infecciosa)
- Alumbramiento Espontaneo presionando fondo uterino
- **Cierre incisión uterina**

Sutura continua o puntos sueltos en 1 o 2 capas.

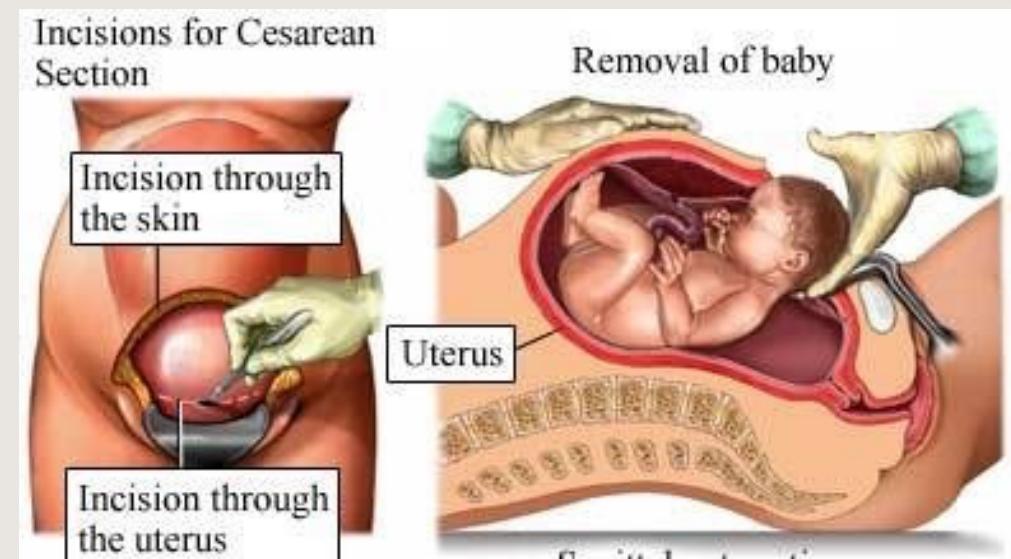
No incluir la mucosa uterina

Cierre peritoneo visceral y parietal

sin cerrar se reduce el tiempo quirúrgico y morbilidad a corto plazo.

Cierre pared abdominal

Correcta hemostasia, maniobras certeras y no impetuosas, incisión uterina pertinente, extracción fetal adecuada, revisión incisión y cavidad antes cierre.



Cesárea morbilidad

Fetal

- Síndrome de distres respiratorio
- Corte accidental bisturí
- Precipitación en la práctica de la cesárea con aumento de la prematuridad

Materna

- Complicaciones infecciosas endometritis .
 - Sin tto Atbs 20 %, con tto 5%.
- Hemorragia incisión uterina y lecho placentario.
- Disminuye administración oxitocina y cierre precoz incisión. Transfusiones 6-11 %.

Morbilidad materna asociada a la cesárea

Complicaciones intraoperatorias	<p>Hemorrágicas</p> <p>Lesiones viscerales</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Desgarros uterinos✓ Desgarros vaginales✓ Lesiones vasos uterinos✓ Atonía uterina✓ Anomalías placentación <ul style="list-style-type: none">✓ Tracto urinario✓ Intestino
Complicaciones postoperatoria	<p>Infecciones</p> <p>Enfermedad tromboembolica</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Endometritis✓ Cicatriz y pared abdominal✓ Tracto urinario

Actividades de la matrona

➤ Durante embarazo.

AP explicar procedimiento, tipos anestesia, analgesia. Complicaciones y cuidados post operatorio.

➤ Contexto trabajo de parto .

dar Información, Vía Venosa, hidratación IV, Sondaje vesical, colaborar con anestesia S. protocolo.

➤ Durante procedimiento

asegurar correcta preparación de la zona, comprobar que la mujer esta DS con inclinación 10-15 ° izquierda. Recibir al RN y trasladarlo a la cuna térmica para su reanimación.

Recogida placenta, revisión , toma de muestra gases y grupo sanguíneo del cordón umbilical. Identificación RN, contacto piel con piel con la madre según protocolos en cesárea.

Acompañamiento, Registrar todas actividades

DISTOCIA DE HOMBROS

DEF.. **SEGO 2015** “detección del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros después del fracaso de aplicar tracción de la cabeza fetal hacia abajo. Situación en la que existe un lapso de tiempo entre el parto de cabeza y el tronco superior a 60 segundos. Frecuencia 0,2-3 % de los partos.

Según hombre impactado

Anterior (+ frecuente) posterior y bilateral + grave . Pero excepcional

Complicación poco frecuente pero grave .

Ocasiona lesiones en el niño :

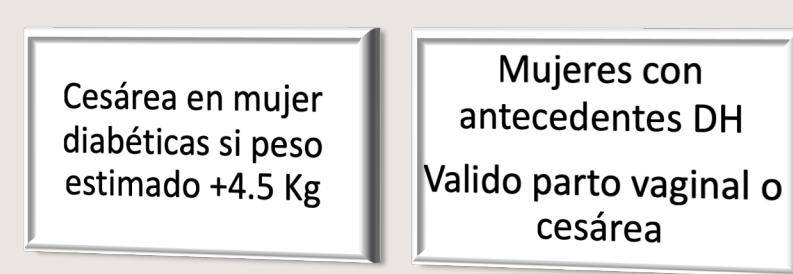
- Asfixia
- FX clavícula o húmero
- Lesiones plexo braquial (2,3-16 %)

Madre

Mayor morbilidad por desgarros vaginales

Rotura uterina

Atonia uterina en el alumbramiento



Actuación distocia de hombros

Signo de la tortuga
Buscar ayuda
Presencia equipo obstétrico
Anotar hora de salida de la cabeza
contabilizar los minutos hasta salida de hombros.
Valorar realizar episiotomía.
Evitar el pujo materno descontrolado.
No Kristeller ni clampar el cordon.
Limpieza boca y nariz del neonato
Maniobras dirigidas a liberar hombro anterior

Maniobras 2º Nivel

Destornillador de Wood.

Maniobra Jacquemier-barnum

Maniobra Rubin II

MANIOBRAS PRIMER NIVEL
Mac Roberts
Presión supra pélvica
Maniobra Mazzanti
Maniobra rubín I
Maniobra de Gaskin (83 %)

Fiebre intraparto

T^a = o superior a 38º, en 2 tomas separada por 4h.

Persistente a pesar del uso antitérmicos que sucede durante el parto o las 1^a 24h.

Puede provocar en el neonato hipertermia (taquicardia Fetal)

- Ventilación asistida
- RCP
- Sepsis.

CAUSAS

- no infecciosas analgesia epidural.
- Infecciosas (víricas o bacterianas)

FACTORES DE RIESGO

- Nuliparidad
- EGB+
- RPM
- Parto prolongado, exploraciones múltiples
- Cuadro materno infeccioso preexistente

DX

- Identificación F.R
- Toma de constantes
- Descartar otros focos
- Valoración RCTG
- Características de L.A

Pico febril
aislado
-39º

Paracetamol 1 gr

+ 37 SG

Amoxicilina +
clavulanico

Si cesarea se añade
clindamincina

+39 º y sintomático

Analítica. Hemocultivos.

Urocultivo

Cobertura antibiótica

Ampicilina 2 gr/6h.

Gentamicina 80 mg/8h.

Si RPM en pre
términos y termino
sospechar de
corioamnionitis

Conducta Obstétrica en fiebre intraparto

- Parto vaginal si buena evolución + cobertura antibiótica
- Cesárea o P. Instrumental si persiste fiebre a pesar de tto antibiótico y antitérmico.
- Si alteración FCF . PH calota fetal para valorar bienestar fetal
- Si parto pretermino cultivo placenta: cara fetal+ cara materna+ estudio de placenta anatomía patológica
- Mantener tto antibiótico hasta 48 h afebril posparto + mejoría o normalización de los niveles de PCR + hemograma

