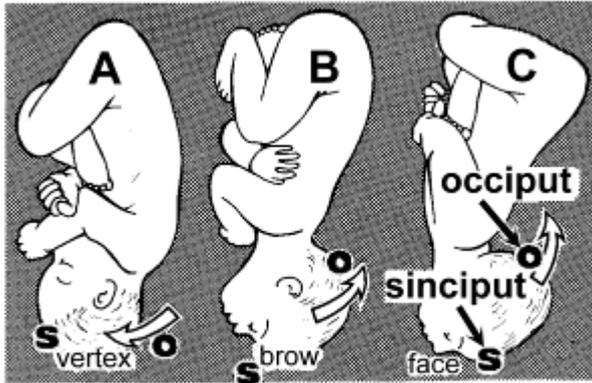


Presentación fetal defectuosa y posición anómala (OMS Embarazo S-69)

Estas pueden deberse a patologías fetal o maternal, las cuales deben diagnosticarse idealmente si es posible antenatalmente.

Flexion and extension



fully flexed vertex presentation partly deflexed brow presentation completely deflexed, face presentation

FLEXIÓN Y EXTENSIÓN.

La Cabeza del bebé en la figura A esta completamente flexionada sobre el tórax de modo que se presenta el vértice. En la figura B esta parcialmente deflexionada de modo que lo que se presenta es la frente. La cabeza del bebé en la figura C está completamente deflexionada de modo que lo que presenta es la cara. La deflexión es otra palabra para la primera parte de la extensión. Sólo A es normal, todas las otras son anormales y difíciles de parir a menos que el bebé sea muy pequeño, especialmente la posición que aparece en B.

A	B	C
Completamente flexionada	Parcialmente deflexionada	Completamente deflexionada
Presentación de vértice	Presentación de frente	Presentación de cara

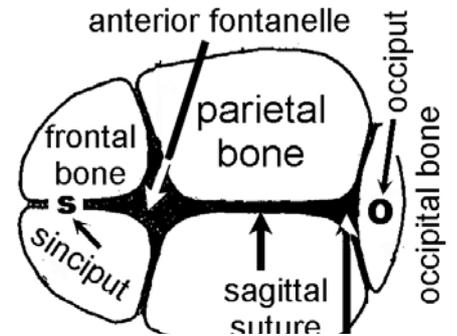
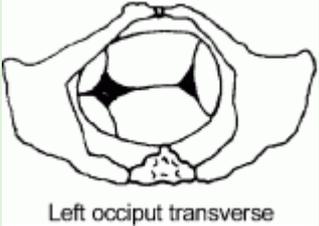
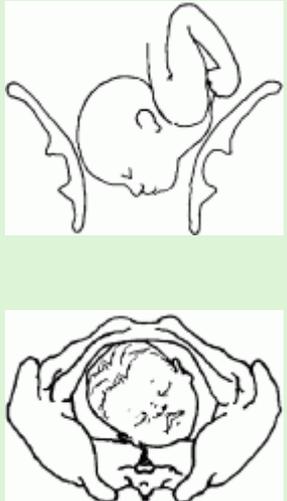


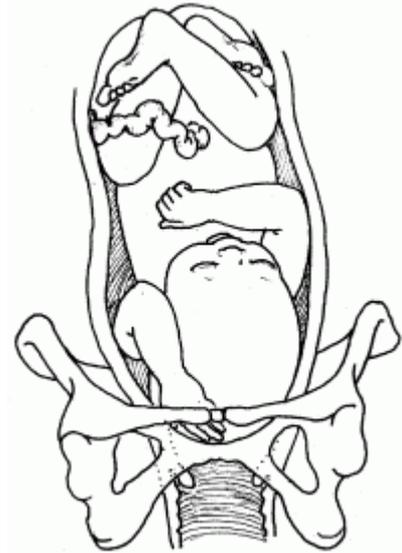
Tabla: diagnóstico de posiciones anómalas

Síntomas y signos	Figura
<p>La posición occipucio posterior, ocurre cuando el occipucio fetal está posterior en relación con la pelvis materna</p> <p>Al examen abdominal, la parte más baja del abdomen se aplana, los miembros fetales son palpables anteriormente y el corazón del feto puede escucharse en los flancos.</p> <p>Al examen vaginal, la fontanela posterior se encuentra hacia el sacro y la fontanela anterior puede sentirse fácilmente si la cabeza está deflexionada.</p>	<p>Occiput posterior</p> <p>Left occiput posterior</p>

Síntomas y signos	Figura
<p>Posición occipucio transverso-ocurre cuando el occipucio fetal está transverso a la pelvis materna. Si esta posición persiste en la última parte de la primera etapa de la labor, debe manejarse como una posición occipucio posterior.</p>	
<p>Presentación de frente- está causada por la extensión parcial de la cabeza fetal, de modo que el occipucio está más alto que el sincipucio.</p> <p>A l examen abdominal, más de la mitad de la cabeza fetal está por encima de la sínfisis del pubis y el occipucio está palpable a un nivel más alto que el sincipucio.</p> <p>Al examen vaginal, se sienten la fontanela anterior y las órbitas.</p>	
<p>Presentación de cara- está causado por hiperextensión de la cabeza fetal de manera que ni el occipucio, ni el sincipucio son palpables en el examen vaginal.</p> <p>Al examen abdominal puede sentirse una depresión entre el occipucio y la espalda.</p> <p>Al examen vaginal se palpa la cara. Los dedos del que realice el examen entran en la boca fácilmente y se sienten los huesos mandibulares.</p>	

Síntomas y signos

Presentación compuesta ocurre cuando un brazo hace prolapso junto con la parte que se presenta. Tanto el brazo prolapsado y la cabeza fetal se presentan en la pelvis simultáneamente. (OMS Embarazo S-74 S-78)



PRESENTACIÓN DE NALGAS-ocurre cuando las nalgas y/o los pies son las partes que se presentan (OMS Embarazo S74- S79)

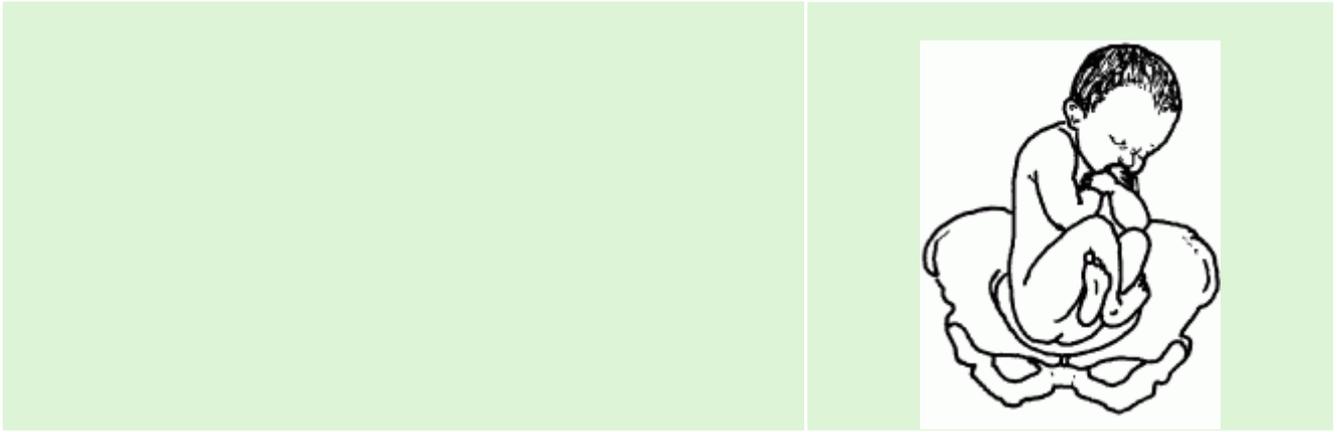
Al **examen abdominal**, la cabeza se siente en la parte superior del abdomen y las nalgas en el borde pélvico. La auscultación localiza el corazón fetal más arriba de lo esperado con una presentación en vértice.

Al **examen vaginal** durante la labor, se sienten las nalgas y/o los pies es normal un meconio grueso, oscuro.

PRESENTACIÓN DE NALGA COMPLETA (FLEXIONADA), ocurre cuando las dos piernas están flexionadas en las caderas y en las rodillas.

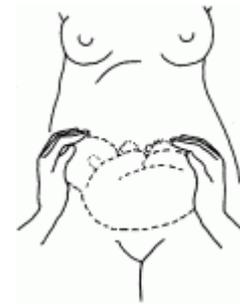
PRESENTACIÓN DE NALGAS FRANCA (extendidas), ocurre cuando ambas piernas están flexionadas en las caderas y en las rodillas.

PRESENTACIÓN DE PIE- ocurre cuando una pierna se extiende en la cadera y en la rodilla.



PRESENTACIÓN TRANSVERSA Y de HOMBRO- ocurre cuando el eje largo del feto está transverso. El hombro es la parte que se presenta típicamente (OMS-Embarazo S75 y S-81).

Al **examen abdominal**, no pueden sentirse ni la cabeza ni las nalgas en la sínfisis del pubis y la cabeza se siente frecuentemente en el flanco.



Al **examen vaginal**, puede sentirse un hombro, pero no siempre. Un brazo puede prolapsar y el codo, el brazo o la mano pueden sentirse en la vagina.

Presentación de cara (OMS Embarazo S-73 y S-77)

Esta se debe a la extensión del cuello fetal, o por una anomalía fetal o progresión de una posición occipital posterior deflexionada durante el trabajo de parto. El diagnóstico es importante debido a que puede ser equivoco para la presentación de nalgas.



Presentación de cara



a face presentation

Una presentación de cara

Factores de riesgo

Multiparidad, prematuridad, embarazos múltiples, asas del cordón alrededor del cuello, tumores del cuello, anomalías uterinas desproporción céfalo-pélvica, macrosomía fetal.

Diagnóstico

Al examen abdominal una gran parte de la cabeza se siente en el mismo lado que la espalda.

Examen vaginal

Al comienzo del trabajo de parto la parte que se presenta estará alta. Los puntos guías son la boca, las mandíbulas, nariz y bordes molar y orbital. La presencia de los márgenes alveolares distingue a la boca del ano. La boca y la maxila forman las esquinas de un triángulo, mientras que el ano esta en una línea recta entre los huesos pélvicos fetales. Evite el daño a los ojos por trauma o por el uso de los antisépticos. No se debe usar ventosa.

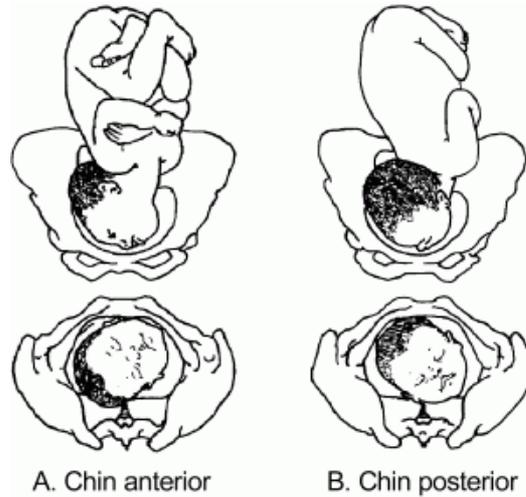
Al comienzo del trabajo de parto, particularmente con la posición occipital posterior y en paciente múltipara la deflexión es común, aunque en tales casos las contracciones uterinas frecuentemente causan incremento de la flexión y el parto se desarrolla normalmente. Sin embargo, si ocurre una extensión, resultará en una presentación de frente y finalmente en una cara completamente extendida. Por eso la mayoría de las presentaciones faciales sólo se hacen obvias tarde durante el trabajo de parto. Si el mentón está hacia el pubis (mento-anterior), entonces el bebé puede parirse normalmente, aunque generalmente se necesita una episiotomía. Si el mentón está hacia la espalda, el parto normal no es posible y se requerirá una Cesárea.

La parte más ancha del diámetro biparietal se ubica 7 cm. detrás de la cara que avanza, de modo que cuando la cara está distendiendo la vulva, el diámetro biparietal está recién entrando en la pelvis. El descenso avanza menos de lo que sugiere el examen vaginal (EV), aún tomando en cuenta la presencia de gran edema. La cabeza siempre está más alta de lo que usted piensa.

El examen abdominal es vital.

La cabeza sale por flexión, arriesgando considerable trauma perineal - considere una episiotomía.

Si en caso de presentación de cara mento anterior el parto espontáneo no ocurre se puede aplicar un fórceps de salida (vea Sección parto con fórceps)



A. Chin anterior

B. Chin posterior

A. mento anterior

B. mento posterior

SECCIÓN 10 Examen 10

1) ¿Cual de las siguientes son presentaciones fetales normales?

- a) Vértice flexionado completamente
- b) De frente
- c) De cara

RESPUESTAS:

1. a

SECCIÓN 10 Examen 11

1) Relacionados con la presentación de cara ¿cuáles de las siguientes declaraciones son correctas?

- a) Se puede confundir por una de nalgas
- b) Frecuentemente es obvia al inicio del trabajo de parto
- c) Si la barbilla está hacia el pubis, siempre será necesaria una Cesárea
- d) La episiotomía usualmente es necesaria para un parto vaginal
- e) Si no ocurre un parto espontáneo de cara mento-posterior, se puede usar fórceps de salida

RESPUESTAS:

1 a,d

Posición occipito-posterior (OP) (OMS Embarazo S70- a S72 y S 75)

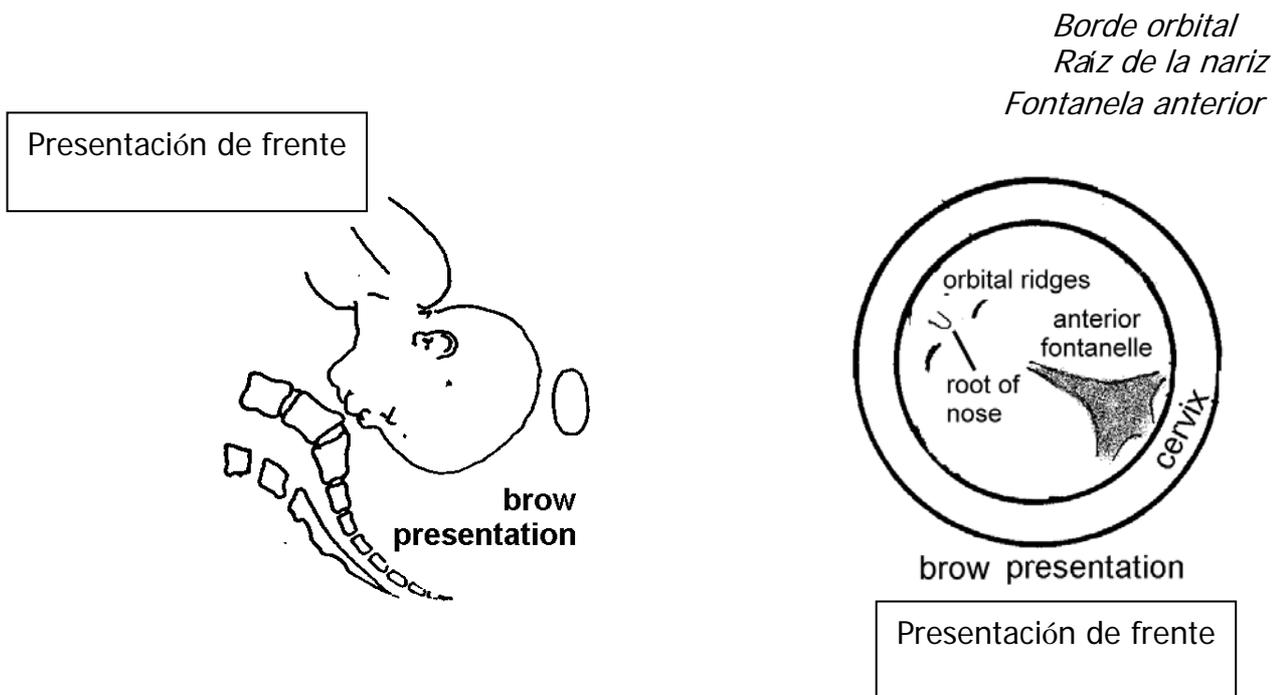
Ésta es frecuente y ocurre hasta en el 20% de las madres en labor de parto.

Diagnóstico

El examen abdominal puede mostrar aplanamiento del abdomen, dificultad en palpar la espalda, los miembros se pueden encontrar en posición anterior. El examen vaginal revela una cabeza alta deflexionada y la fontanela posterior del cráneo fetal se siente hacia el sacro. En madres con una pelvis antropoide, por ejemplo las de África, la posición OP puede ser normal y el parto puede ocurrir en la posición OP. La primera etapa de la labor del parto en madres con una pelvis ginecoide (la forma de pelvis femenina más común) puede ser prolongada y puede requerirse una infusión de oxitocina. Frecuentemente se requiere de un parto asistido. Si hay demora en la segunda etapa de la labor la ventosa es el método preferido de parto y si está disponible se debe usar una copa de OP. El parto con fórceps rotacional Kiellands lo debe hacer solamente una persona con amplia experiencia en este procedimiento. La posición OP puede causar una desproporción céfalo pélvica posicional y se puede requerir una Cesárea, particularmente si se detiene la dilatación cervical.

Presentación de frente (OMS Embarazo S-73 y S-76)

Esta está causada generalmente por la extensión parcial de la cabeza fetal y puede sospecharse en el examen abdominal ya que más de la mitad de la cabeza se siente por encima de la sínfisis en el lado de la espalda fetal. El examen vaginal revelará la fontanela anterior y los bordes óseos por encima de los ojos. A menos que la cabeza se extienda más hacia la presentación facial, el parto vaginal no es posible y se requerirá una Cesárea.



SECCIÓN 10 EXAMEN 12

1) **¿cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas en la posición occipital posterior?**

- a) Ocurre en hasta el 20% de las madres en labor de parto
- b) Puede sospecharse en el examen abdominal cuando la parte inferior del abdomen esta aplanado y los miembros fetales son palpables anteriormente
- c) Al examen vaginal la fontanela anterior puede sentirse fácilmente
- d) Puede llevar a una primera etapa de labor del parto prolongada
- e) Es más probable que lleve a un parto asistido que la posición occipital anterior

RESPUESTAS

1. a,b,c,d,e

SECCION 10 EXAMEN 13

1) **¿cuales de las siguientes declaraciones son verdaderas en la posición de frente?**

- a) Está causada por extensión parcial de la cabeza fetal, de manera que el sincipucio esta más alto que el occipucio
- b) Puede llevar a la presentación de cara más adelante durante la labor del parto
- c) Permitirá sentir la fontanela anterior y los bordes supraorbitales en el examen vaginal
- d) Llevará a un parto por Cesárea si la presentación sigue siendo de frente

RESPUESTAS

1. b,c,d

Presentación compuesta (OMS Embarazo S-74 y S-78)

Aquí más de una parte del feto se presenta en el cuello del útero, por ejemplo un brazo prolapsado al lado de la parte que se presenta. Es más común en la prematuridad. Puede manejarse en forma expectante en las etapas iniciales de la labor del parto en la paciente multípara; con un requerimiento de tratamiento activo sólo si hay demora en la primera o segunda etapa del parto.

Presentación de nalgas (OMS Embarazo S-74 S-79)



extended legs



flexed legs



footling



a single footling presentation

A las 28 semanas el 20% de los bebés se presentan de nalgas, aunque la mayoría de los fetos se giran espontáneamente a la posición cefálica normal, de modo que sólo 3-4% permanecerán de nalgas a término. Hay un riesgo más alto de prematuridad. El parto vaginal (aunque es más seguro para la madre que la Cesárea) porta mucho más riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal y neonatal debido a una asfixia al nacer y trauma.

Versión cefálica externa

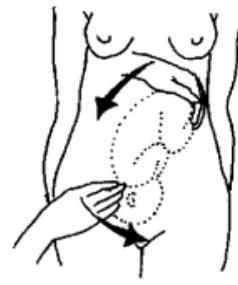
Esta puede desarrollarse entre las 37 y 42 semanas si hay un embarazo de nalgas simple no complicado. No deberá haber cicatrices uterinas previas, sangramiento ante parto previo, fibroide o una placenta previa. Al ingreso deberá monitorearse el corazón fetal. Si está disponible, se debe hacer un ultrasonido para demostrar la posición fetal, una buena cantidad de líquido, la cabeza fetal flexionada y la posición de las piernas del feto. La madre deberá estar despierta y consentir al procedimiento.



A. Mobilization of the breech



B. Manual forward rotation using both hands, one to push the breech and the other to guide the vertex



C. Completion of forward roll



D. Backward roll

Piernas extendidas,
piernas dobladas
presentación de pie
presentación de pie incompleta

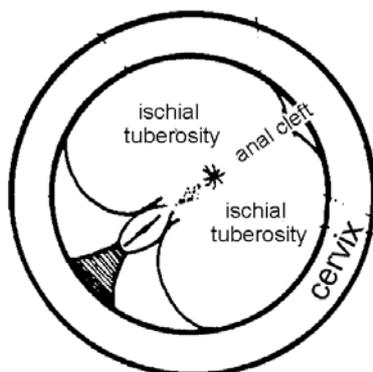
Figuras:

A: Elevación de la presentación de nalgas
B: Rotación hacia delante usando las dos manos, una para empujar y la otra para guiar el vertex
C: Finalizando la versión hacia delante
D: Versión hacia atrás

Procedimiento: versión cefálica externa (OMS Embarazo P-15)

Inclina la cama con la cabecera más baja para permitir que la gravedad ayude al desplazamiento de la posición de nalgas. La madre se tiende de lado para permitir una voltereta hacia adelante. Se debe cubrir la pared abdominal con polvo de talco, aceite de

almendras o de vegetales o de gel para ultrasonido para ayudar al bebé a girar. La posición de nalga deberá desplazarse con una mano y se debe intentar girar al bebé con la otra mano. No deben realizarse más de tres intentos. Siendo el procedimiento exitoso o no, se debe auscultar el corazón fetal cada 5 minutos durante una hora. Si la madre tiene factor RH negativo, deberá realizarse una prueba de Kleihauer y administrar a la madre 500 unidades internacionales de anti-D intramuscular.



breech presentation

Tuberosidad isquiática, fosa anal, tuberosidad isquiática, cerviz, presentación de nalgas

Todas las madres deberán ser advertidas sobre el riesgo que significa si hay disminución de los movimientos fetales, sangramientos, rompimiento de bolsa o comienzo de la labor del parto. Si es exitoso, el embarazo puede manejarse como presentación cefálica. Si no es exitoso, el manejo futuro deberá discutirse y se debe tomar una decisión con respecto a hacer una Cesárea electiva o una prueba de parto de nalgas vaginal

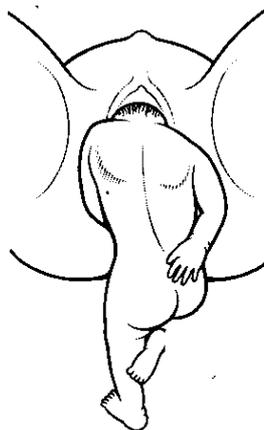
Prueba de parto vaginal en presentación de nalgas

Esto es apropiado si:

- La madre y el bebé son de proporciones normales
- La presentación de nalgas es franca (cadera flexionada, rodillas extendidas), o completa (caderas flexionadas, rodillas flexionadas pero los pies no están más abajo que los glúteos del feto)
- No hay evidencia de desproporción pélvica-fetal: pelvis adecuada –uso del juicio clínico y estimación del peso fetal < 4000g (medición clínica)
- No hay evidencia (en ecografía) de hiperextensión de la cabeza fetal
- Se debe aconsejar a la madre y se le debe dar información sobre las opciones
- Informa al quirófano y al anestesista de guardia
- Monitoreo fetal cuidadoso y documentación del partograma.
- La amniotomía puede usarse para acelerar la labor del parto y se puede usar la oxitocina en forma cuidadosa para corregir actividad uterina débil si es el primer parto de la madre. La oxitocina no debe usarse en caso de progreso lento en una madre que ya ha parido anteriormente.
- La Cesárea debe considerarse si hay progreso lento o sufrimiento fetal
- Asegúrese que un obstetra con experiencia adecuada en partos vaginales de bebés en posición de nalga este presente durante la segunda etapa.
- Cateterización uretral puede ser útil

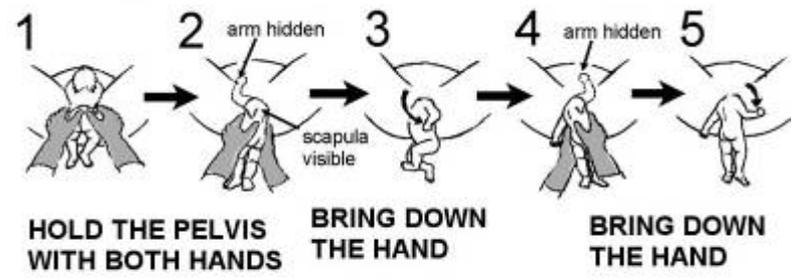
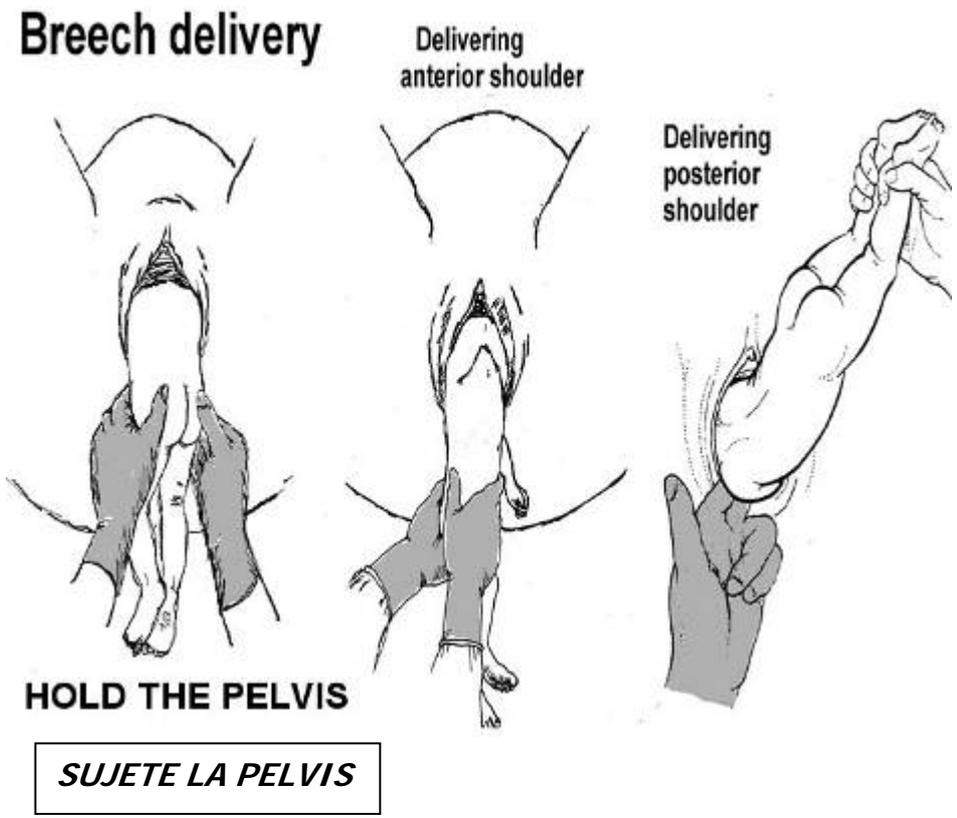
Los principios básicos para el parto de un bebé en posición de nalga son los de la no interferencia

- El empuje activo no deberá estimularse antes que la posición de nalgas haya descendido al piso pélvico. Sentando a la embarazada durante esta etapa puede ayudar a estimular el descenso del bebé. Puede requerirse una **episiotomía**, pero ésta no se debe hacer hasta que el ano esté visible (OMS-hasta que los glúteos del bebé estén distendiendo el perineo)
- El bebé en posición de nalgas usualmente rotará espontáneamente colocándose de manera que el sacro está en posición anterior. Se debe prevenir que dé un giro posterior. Las piernas extendidas son expulsadas flexionando la articulación de la rodilla del bebé y luego extendiendo las caderas.
- Se sostiene al bebé sólo cuando los brazos salen y se puede ver la nuca (parte superior del cuello) (evite sostener el abdomen del bebé - la pelvis puede ser sostenida suavemente)
- Mientras la madre puja, se logrará visualizar la punta anterior del hombro. Se desliza un dedo sobre el hombro y luego hacia abajo hasta el codo para sacar el brazo. El otro hombro rotará anteriormente de manera espontánea para permitir salida similar del otro brazo.
- El bebé queda sostenido mientras la cabeza se encaja y se empieza a ver el cuello. La salida de la cabeza puede realizarse por la maniobra de Maurice Smellie- Veit. Se coloca la mano derecha en la vagina, el feto se apoya en el antebrazo derecho, el dedo medio de la mano se pone en la boca del bebé y los dedos primeros y terceros se colocan sobre los pómulos. Se aplica presión en la lengua para flexionar y sacar la cabeza. La mano izquierda se usa para presionar hacia arriba y posteriormente en la parte de atrás de la cabeza fetal para estimular la flexión. Alternativamente se pueden usar fórceps para lograr la salida controlada de la cabeza. Un asistente debe sostener los pies del bebé para elevar el cuerpo más arriba de lo horizontal para facilitarle al operador la aplicación de los fórceps. La nuca del bebé debe estar a la vista antes de levantar el tronco hacia arriba ya que de lo contrario se puede causar daño al cuello fetal. Si la cabeza no logra descender a la pelvis, es decir la parte superior del cuello no aparece, deberá considerarse una sinfisiotomía.



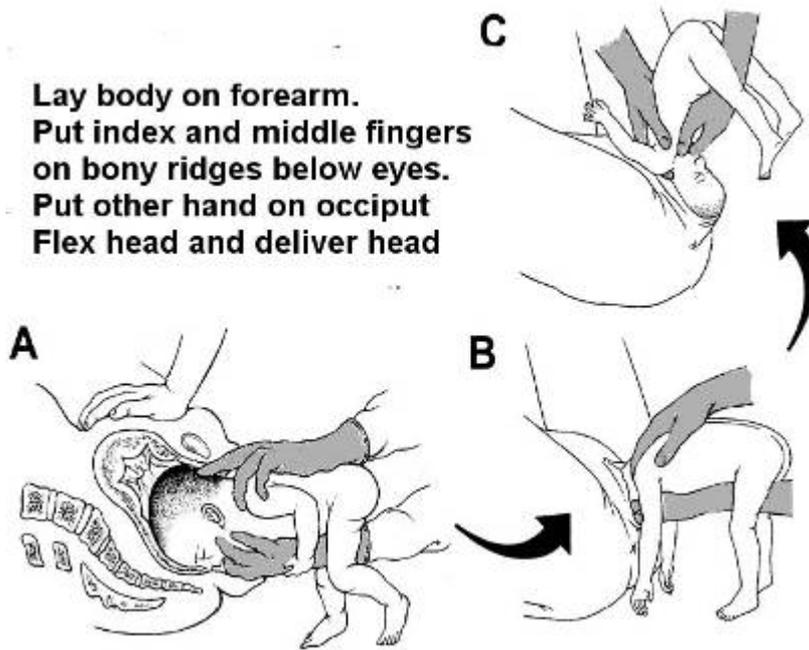
Se debe dejar que el bebé quede colgando hasta que se vea la parte superior del cuello

Parto de nalgas: *extrayendo el hombro anterior, extrayendo el hombro posterior*



Brazo escondido, escápula visible, brazo escondido
1 & 2: SUJETE LA PELVIS CON AMBAS MANOS
3: TRAIGA LA MANO HACIA ABAJO
4&5: TRAIGA LA MANO HACIA ABAJO

Mauriceau-Smellie-Veit maneuver



Maniobra Mauriceau-Smellie-Veit

Ponga el tronco en el antebrazo. Ponga el dedo índice y el dedo medio en los bordes óseos debajo de los ojos. Ponga la otra mano en el occipucio. Flexiona la cabeza y sáquela

Cesárea Electiva

La mujer debe comprender los riesgos de la Cesárea y el concepto de prueba de la cicatriz en un embarazo futuro.

- Asegúrese que la presentación sigue manteniéndose de nalgas antes de anestesiarse al paciente.
- Tenga mucho cuidado a la entrada al útero, la posición de nalgas es mucho más fácil que se corte que una presentación cefálica.
- Haga una incisión uterina de buen tamaño (si es muy pequeña puede ser difícil la salida de la cabeza)

SECCION 10 EXAMEN 14

- 1) **¿Cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas sobre la versión cefálica externa en la presentación de nalgas?**
- a) Se contraindica si ha existido una hemorragia anteparto previo
 - b) Deben hacerse 3 intentos entre las 34 y 36 semanas de gestación.
 - c) No se debe hacer para el segundo gemelo si su posición es transversa.
 - d) Debe administrarse anti-D a la madre si tiene factor RH negativa y la prueba de Kleihauer es positiva.
 - e) Si no resulta, la Cesárea es la única opción
- 2) **¿Una prueba de parto vaginal en la presentación de nalgas es apropiada bajo cuál de las siguientes condiciones?**
- a) La madre y el bebé son de proporciones normales
 - b) La presentación de nalgas es de pies
 - c) La oxitocina no se usa en el progreso lento en una madre que está pariendo su primer bebé
 - d) Un obstetra con experiencia adecuada en parto vaginal de la presentación de nalgas está presente en la segunda etapa
- 3) **¿Cuando se hace un parto en una presentación de nalgas, cuál de las siguientes declaraciones son verdaderas?**
- a) El empuje activo deberá estimularse para ayudar descenderle descenso de la presentación de nalgas al piso pélvico
 - b) Se debe prevenir que el bebé se gire a posición posterior
 - c) Sólo se apoya al bebé cuando los brazos hayan salido y la parte superior del cuello está visible
 - d) El hombro anterior sale por el procedimiento de Mauriceau-Smellie-Veit
 - e) Si no aparece la parte superior del cuello se puede considerar una sinfisiotomía

RESPUESTAS

1. a,d (realizar entre las 37 y 42 semanas) 2. a, d 3. b,c,e

Posición Transversa y Oblicua (OMS Embarazo S-75 y S-81)

Antecedente.

Estas se asocian particularmente con la prematuridad, fibroide uterino y placenta previa y por lo tanto se asocian a alta morbilidad maternal y fetal. Siempre trate de identificar la patología subyacente.

El resultado de presentación de hombro, miembro o del cordón significa que la Cesárea es la única opción para el parto de un bebé viable. Si el feto esta muerto, a menos que sea muy pequeño y macerado, es más seguro desarrollar un procedimiento destructivo (ver CD/DVD rom)

Puntos prácticos a recordar

- Trate de identificar la causa de la situación anormal.(ultrasonido)
- Excluya con certeza la placenta previa con ecografía antes de conducir exámenes vaginales digitales

- La Cesárea puede ser extremadamente difícil
 - El segmento inferior estará poco formado
 - Si existe un fibroide, éste puede distorsionar la anatomía e inhibir el acceso
 - La placenta previa se asocia con hemorragia severa
- Una incisión uterina vertical puede ser lo más apropiado por las razones anteriores
- Mantenga las membranas intactas mientras realiza y extiende la incisión uterina debido a que esto ayuda a manipular al feto hacia un plano longitudinal para el parto.
- Si hay alguna dificultad al sacar la cabeza fetal o la presentación de nalgas, busque, agarre y baje un pie (reconocible por el talón) a través de la herida.
- Si el parto aún es imposible se puede extender la incisión uterina.

SECCION 10 examen 15

1) ¿La situación transversa y oblicua esta asociada con lo siguiente?

- a) Una alta morbilidad materna
- b) Una alta morbilidad fetal
- c) fibroide uterino
- d) Placenta previa
- e) Cesárea, debido a que esta es la única opción para el parto de un bebé vivo y en buena condición

2) ¿Cuándo se hace la Cesárea en una situación transversa , ¿Cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas?

- a) Una incisión uterina vertical puede ser más apropiada que una transversa
- b) La placenta previa se asocia con hemorragia severa
- c) Es a menudo más fácil manipular el feto hacia un plano longitudinal para el parto después que se han roto las membranas
- d) Si se trae un pie a través de la herida esto puede ayudar al parto del bebé

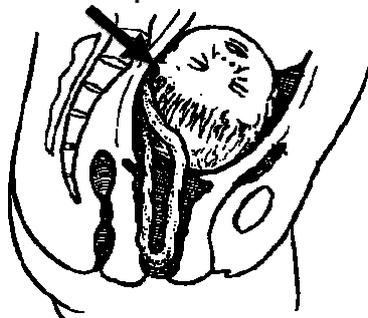
RESPUESTAS

1. a,b,c,d,e 2. a,b,d

Cordón umbilical prolapsado (OMS Embarazo S-97)

Compresión del Cordón

cord compressed

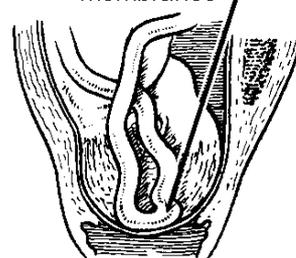


cord prolapsed

Prolapso del cordón

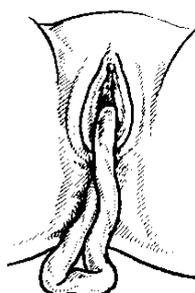
Cordón dentro de las membranas

cord inside the membranes



cord presenting

Presentación de cordón



cord prolapsed

Prolapso del cordón

Incidencia

Esto ocurre aproximadamente en 0.2% de todos los nacimientos, mayormente en madres multiparas. Existe un riesgo significativo de muerte fetal debido a la compresión mecánica del cordón y espasmo de los vasos del cordón cuando se exponen al frío.

Factores de riesgo para el cordón prolapsado.

La parte que se presenta no permanece en el segmento uterino inferior debido a:

Causas fetales

- Presentaciones fetales defectuosas: por ejemplo: presentación de nalgas completa o de pie, situación transversa y oblicua.
- Prematuridad o bajo peso al nacer
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Anencefalia

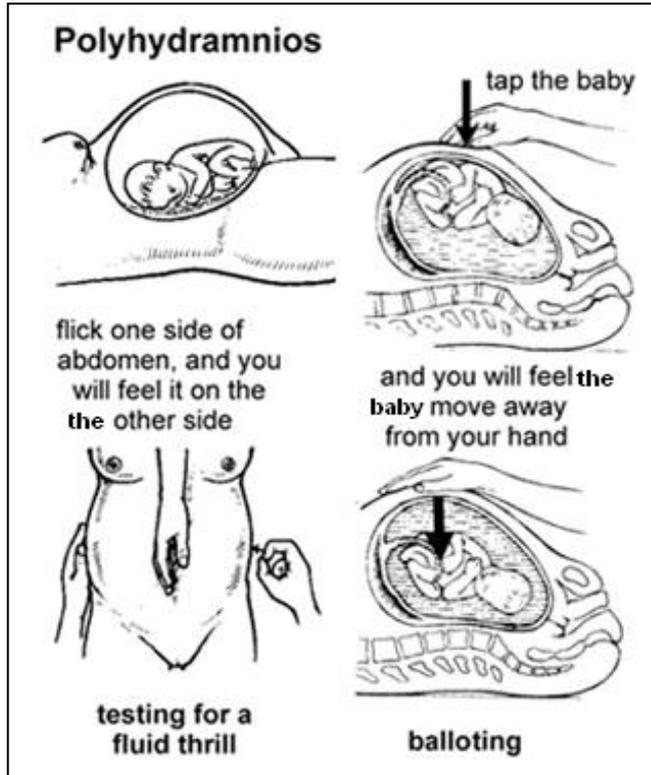
Causas Maternas

- estenosis pélvica
- Tumores pélvicos

Otros factores predisponentes

- Placenta previa de bajo grado
- Cordon umbilical largo
- Ruptura de membrana repentina en polihidramnios

Polihidramnio



Ligeramente toque al bebé y sentirá que el bebé se mueve apartándose de su mano

Percuta un lado del abdomen y lo percibirá al otro lado

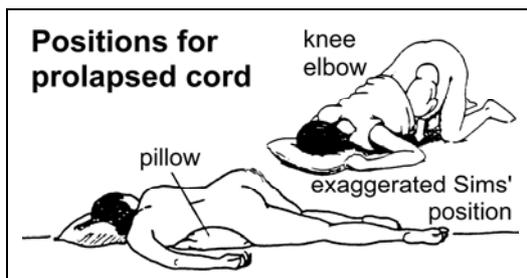
Haciendo un test de onda de fluido

Peloteo

Manejo

VALORAR VIABILIDAD Y ACOMODE A LA MADRE

1 Si el bebé está vivo y es de una gestación viable (el cordón estará pulsante y los sonidos cardíacos fetales se escucharán), eleve las parte que se presentan y asegúrese de realizar un parto rápido. Administre a la madre 100% de oxígeno para respirar y colóquela en posición rodillas-codo o inclinada lateral izquierda.



Posiciones para el prolapso de cordón

El intervalo entre el diagnóstico y el parto está significativamente y positivamente correlacionado con la muerte fetal y la muerte neonatal. Si el bebé está muerto extraígalo en la forma más segura para la madre.

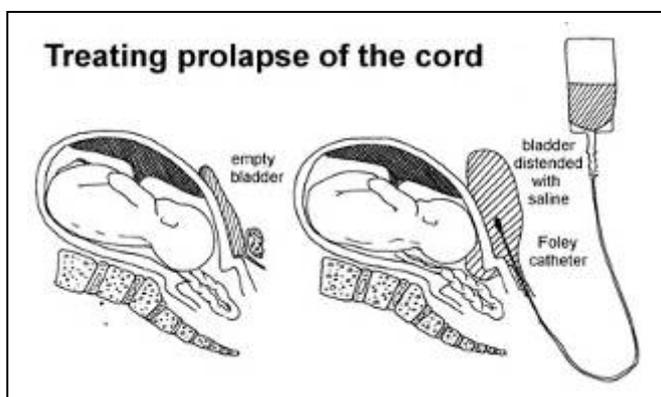
2 ALIVIE LA COMPRESIÓN

a) Posición rodillas al tórax o de Trendelenburg y elevación manual (usando guantes estériles de alto nivel) de la parte que se presenta por encima de la entrada pélvica

para aliviar la compresión. Asegúrese de realizar procedimientos estériles incluyendo la limpieza del perineo.

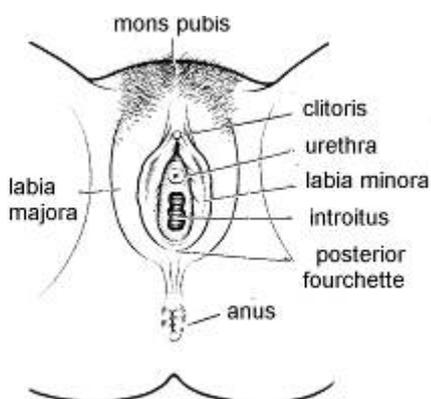
- b) Prepare para una cesárea de emergencia, suponiendo que ésta se pueda realizar con seguridad.
- c) Llene la vejiga por un período de tiempo extendido para elevar la parte que se presenta sobre el cordón compresionado, permitiendo al operador sacar sus dedos de la parte que se presenta. Inserte suficiente solución salina al 0.9% de manera que la vejiga distendida aparezca por encima del pubis: 500 ml es generalmente suficiente. Infle el balón del catéter Foley, clámpelo y adjunte una sonda de drenaje y una bolsa para orina. La vejiga llena puede también decrecer o inhibir las contracciones uterinas. La vejiga se debe vaciar abriendo el clamp del catéter antes de abrir la cavidad peritoneal para la Cesárea. Marque el abdomen para mostrar que la vejiga está inflada.

Manejo de cordón prolapsado



vejiga vacía, vejiga distendida con suero salino, catéter de Foley

Cateterización uretral



Métodos:

Use un tamaño apropiado del catéter o sea, uno que tenga un diámetro más pequeño que el meato uretral externo (para minimizar el riesgo de formación de estrechez uretral subsiguiente). No intente usar una sonda más larga que el meato. Deberá usarse un lubricante estéril. Use precauciones estériles (guantes etc.), limpie el área con antiséptico, una bolsa para catéter si está disponible, jeringa con solución salina al 0.9% para inflar el balón si es un catéter con

balón Foley y un asistente para mantener las piernas separadas. No es necesario hacer fuerza. El catéter se encuentra suficientemente adentro cuando se ve la orina en la sonda.

3 APOYE A LA MADRE Y AL BEBÉ

- a) Administre a la madre 100% de oxígeno para respirar(máscara facial y reservorio)
- b) discontinúe cualquier infusión con oxitocina
- c) Asegure acceso IV

4 HAGA PARTO DEL BEBÉ

- a) Prolapso del cordón con dilatación cervical completa con un feto vivo viable es una indicación para el uso de una ventosa con una cabeza no encajada. Si la ventosa no está disponible y la cabeza está encajada se pueden usar fórceps.
- b) Si el cuello no está completamente dilatado, se requerirá Cesárea si es segura. Al realizar la incisión en la piel, el pinzado de la vejiga deberá quitarse y se debe vaciar la vejiga.

SECCIÓN 10 Examen 16

1) Factores de riesgo de prolapso del cordón incluye cuáles de los siguientes?

- a) prematuridad
- b) placenta previa de bajo grado
- c) polihidramnios
- d) cordón largo
- e) pelvis pequeña

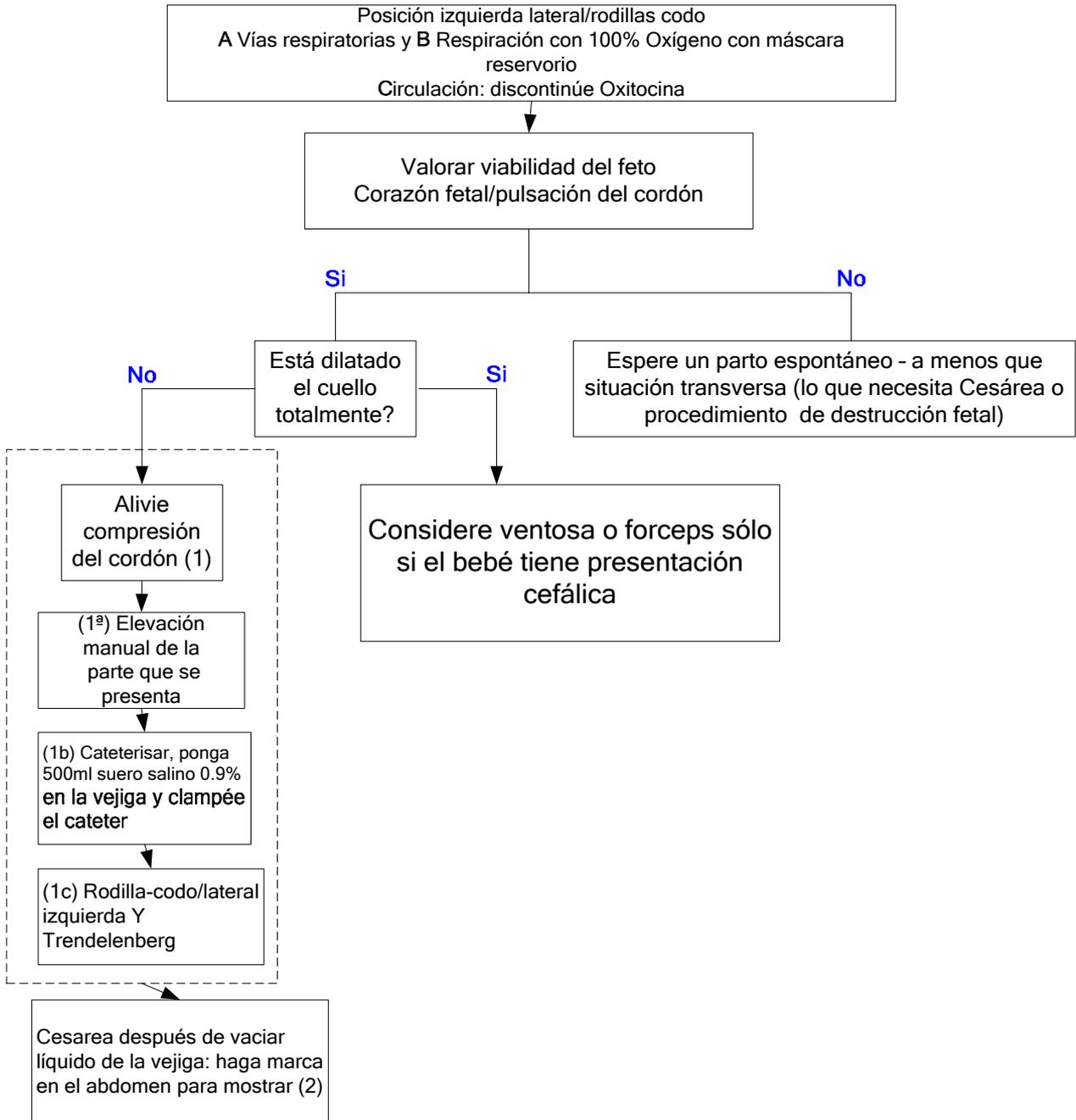
2) ¿Cual de los siguientes incluyen el manejo del prolapso del cordón?

- a) Evaluación del corazón fetal y/o pulsación del cordón.
- b) Administrar a la madre 100% de oxígeno para respirar
- c) Considere el parto vaginal asistido si el cuello está completamente dilatado
- d) Cateterización de la vejiga e instilación en ella de 500ml de solución salina a 0.9%
- e) Cesárea después de liberar la pinza de la vejiga al momento de la incisión de la piel
- f) Posición inclinada lateral izquierdo

RESPUESTAS

- 1. a,b,c,d,e 2. a,b,c,d**

Guía de cuidado del prolapso del cordón



Sinfisiotomía

Este procedimiento puede ser útil en partos difíciles y evita el riesgo de Cesárea y sus riesgos asociados de ruptura uterina en un embarazo futuro. Las indicaciones para la sinfisiotomía incluyen:

- Una cabeza atrapada en una posición de nalgas
- Caso severos de distocia del hombro en los que maniobras de rutinas no han tenido resultado
- Desproporción cefalo-pélvica con una presentación de vértice y un feto vivo cuando al menos un tercio de la cabeza fetal ha pasado por el borde pélvico y donde la cesárea no es posible. Los partos por fórceps o ventosa no son aconsejables en estas circunstancias.

El cuello debe estar completamente dilatado

Técnica

- Coloque a la madre en la posición de litotomía con sus piernas sujetadas por dos asistentes. Es importante que las piernas estén bien apoyadas sin permitir que las separe demasiado, (un ángulo no mayor de 80 grado entre las piernas) para evitar el tensión en las articulaciones entre el sacro y los huesos pélvicos.
- El anestésico local se inyecta en la piel y en la sínfisis del pubis. Esto ayuda a identificar el espacio de la articulación y la aguja puede dejarse en el lugar para guiar el resto del procedimiento.
- Inserte un catéter urinario.
- Empuje el catéter y la uretra hacia un costado, hacia la derecha de la madre con los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina .El dedo índice empuja el catéter y la uretra hacia el lado y el dedo del medio permanece en la parte de atrás de la articulación púbica para monitorear el escalpelo.
- Haga la incisión en la sínfisis del pubis en la línea media adonde se junta el tercio superior con el tercio del medio. La punta del escalpelo se sentirá proyectado en la vagina por el dedo subyacente de la mano izquierda. El tercio superior de la sínfisis no cortada se usa como línea de apoyo (de fulero) contra el cual el escalpelo hace palanca para hacer la incisión de los dos tercios inferiores de la sínfisis. Luego se saca el escalpelo y se rota 180 grados y se corta el tercio superior restante de la sínfisis.
- Tenga cuidado ya que la articulación de la sínfisis se corta fácilmente
- Tenga gran cuidado de no ir demasiado profundo lo cual puede dañar la vagina o la uretra.
- Después que se ha cortado la sínfisis, la articulación debe abrirse tan amplio como sea el dedo pulgar del operador.
- Después de aplicar un anestésico local perineal corte una episiotomía generosa para aliviar la tensión en la pared frontal de la vagina.
- Si se necesita mayor asistencia para sacar la cabeza, use un extractor al vacío.
- Saque **la cabeza y el tronco** del bebé en dirección **hacia abajo** (tenga cuidado de no elevar al bebé hacia arriba hasta que no se haya extraído completamente y mantenga las piernas apoyadas).
- Después de sacar al bebé y a la placenta, presione la articulación entre el dedo pulgar por encima y el primero y el segundo dedo por debajo por algunos minutos para extraer mediante presión coágulos sanguíneos.

- Repare la episiotomía y otros rasgados con las piernas de la paciente todavía apoyadas.
- Deje el catéter urinario en la vejiga por 3 a 5 días y administre antibióticos profilácticos para prevenir infección del tracto urinario.
- El paciente debe cuidarse en la cama, en posición de lado durante la mayor cantidad de tiempo posible con sus rodillas unidas amarradas ligeramente por tres días. Después de esto, puede comenzar la movilización. Debe considerarse la heparina profiláctica HBPM (ver CD/DVD rom).

SECCION 10 Examen 17

1) Con respecto a la sinfisiotomía, ¿Cual de las siguientes declaraciones son verdaderas?

- a) Se indica tempranamente en el manejo de distocia del hombro
- b) El cuello debe estar dilatado completamente
- c) Las piernas de la madre deberán estar tan apartadas como sea posible
- d) El daño a la uretra es un riesgo
- e) La articulación de la sínfisis es difícil de cortar
- f) También se debe hacer una episiotomía para facilitar el parto
- g) Un catéter urinario debe permanecer colocado en ese lugar por 3-5 días y se deben administrar antibióticos profilácticos

RESPUESTAS

1. b,d,f,g

Procedimientos destructivos (IMEESC 11.4)

Estos tiene un rol en casos de parto obstruido, particularmente si ha habido poco o ningún cuidado antenatal o durante el parto. Estos pueden ser particularmente útiles en el manejo de un bebé muerto si se piensa que los riesgos para la madre de una Cesárea son demasiado altos. La mortalidad materna después de las operaciones destructivas es baja, pero hay una tasa de muerte maternal alta si se hace una Cesárea a una mujer con sepsis severa, choque o anemia. Antes de realizar el procedimiento, deberá explicárselo a la madre y si es posible, es mejor administrar un anestésico espinal o general. Como las infecciones del tracto urinario y genital son comunes, se debe usar antibióticos profilácticos. El tracto genital y el recto se deben examinar cuidadosamente después del procedimiento para asegurarse que no se ha producido ningún daño a causa del trauma del parto, o por el uso de instrumentos afilados o astillas de hueso. Los tres proceder destructivos más comunes son:

1. Craneotomía (OMS Embarazo P-57)

Indicaciones

Para el parto de un feto muerto en situaciones de parto obstruido por causa de desproporción céfalo-pélvica e hidrocefalo

Método

- Coloque un catéter urinario y administre un analgésico apropiado

- La cabeza fetal debe estar a no más de 3/5 arriba del borde pélvico y el cuello deberá estar dilatado por lo menos 4cm. En casos de hidrocefalos, el procedimiento es apropiado aún si la cabeza está muy alta.
- En la mayoría de las circunstancias es mejor parir el feto a través de un cuello completamente dilatado para prevenir rasgaduras.
- Solicite a un asistente que estabilice la cabeza desde arriba de la sínfisis del pubis.
- Perfore el cráneo preferiblemente por la fontanela anterior usando un perforador de Simpson con el instrumento en ángulo recto a la superficie del cráneo. El perforador puede insertarse a través del hueso si fuera necesario.
- Empuje las cuchillas hasta sus hombros y separe, primero en una dirección. Gire el instrumento en 90 grados y abra las hojas de la cuchilla de nuevo.
- Evacúe el cerebro y permita el drenaje de líquido cerebro-espinal en caso de hidrocefalo. Saque la cabeza fetal extrayendo el cráneo usando fórceps volsellun y contra-tracción. Se puede conectar el volsellun a un peso por ejemplo a una bolsa de un litro de líquido IV usando una venda para permitir una extracción lenta.
- Ocasionalmente con un bebé grande se puede requerir también la división de la clavícula.

En la cabeza que sale después cuando hay **presentación de nalgas**, esto se puede llevar a cabo solamente si el bebé ya está muerto o no se espera que sobreviva debido a anomalías congénitas, p. ej. espina bífida e hidrocefalo. Se puede realizar un procedimiento similar insertando el perforador de Simpson a través de la fontanela posterior o a través de una perforación en la base del cráneo.

2. Decapitación

Indicaciones

Para casos de parto obstruido descuidado con una presentación de hombros Y una situación oblicua o transversa y el feto ya está muerto.

Método

- Si el feto es pequeño y se puede palpar el cuello fácilmente, puede ser cortado con tijeras firmes. Si el cuello no es fácilmente accesible, la herramienta de decapitación Blond-Heidler es el instrumento más seguro.
- El cuello del útero debe estar al menos con 7cm de dilatación y el cuello del feto debe ser accesible en el examen vaginal.
- Si es posible se toma un brazo y se extrae y lo sostiene un asistente para hacer el cuello más accesible.
- Pulse la sierra alrededor del cuello fetal y mantenga los mangos conectados a las puntas de la sierra estrechamente unidos. El cuello se corta después de dar unos pocos golpes firmes. Saque el tronco haciendo tracción por el brazo, con la mano del operador protegiendo la vagina contra cortes por astillas de hueso.
- Saque la cabeza, agarrando el muñón con un Volsellun. Después se puede sacar la cabeza con la maniobra Mauriceau-Smellie-Veit como se describió antes para el parto con presentación de nalgas.
- Se deben hacer suturas en la piel para restaurar la anatomía antes de envolver al bebé y mostrárselo a los padres.