

SECCION 10 COMPLICACIONES durante LA LABOR de parto y alumbramiento (IMEESC Capítulo 11 Y Protocolo de mejores prácticas)

Durante el trabajo de parto todas las mujeres deben ser atendidas sentadas derechas o en posición semi acostada, **no tendidas de espaldas**. Se las debe alentar a pararse y permanecer móviles mientras sea posible en forma confortable.

Se debe usar un partograma para evaluar el progreso pero se debe usar correctamente. La partera es el foco del cuidado y no el partograma, lo que es sólo un instrumento que sólo sirve si el personal de salud que atiende sabe usarlo bien. Las observaciones que se hacen documentan:

- Bienestar materno: pulso (frecuencia cardíaca) cada media hora, presión arterial y temperatura cada 4 horas, gasto urinario y pruebas en orina de proteína y glucosa después de cada micción, registro de líquidos y fármacos administrados (si las observaciones se tornan anormales, éstas deberán hacerse con más frecuencias)
- Bienestar fetal: frecuencia cardíaca fetal por un minuto cada 15 minutos después de una contracción en la primera etapa y cada 5 minutos en la segunda etapa. Si se notan anomalías considere un parto de urgencia.
- Líquido amniótico (claro, presencia de meconio (está espeso o poco espeso? Sangriento o ausente). Si el meconio está espeso esto sugiere sufrimiento fetal y se debe observar más cuidadosamente el bienestar fetal.
- Progreso de la labor del parto: examen vaginal cada 4 horas para evaluar dilatación cervical, descenso de la cabeza fetal (quintos en la palpación abdominal cada 4 horas) y moldura de los huesos del cráneo fetal. El examen abdominal para evaluar el descenso y la posición de la cabeza fetal, frecuencia y fuerza de contracciones uterinas (número por palpación en 10 minutos y duración de cada una. Registre cada 30 minutos).

Debe haber un enfoque de grupo y el cuidado de pacientes de alto riesgo debe ser supervisado por personal con experiencia. Idealmente debe haber un cuidado de 1 a 1.

Exámenes de vagina durante el parto deben ser registrados y sólo los debe hacer la persona que la está monitoreando y que tiene a la embarazada bajo su cuidado. EXÁMENES VAGINALES NO NECESARIOS HECHOS DURANTE LA FASE LATENTE PUEDEN PROVOCAR INFECCIONES AMENAZANTES A LA VIDA EN LA MADRE Y EN EL BEBÉ.

Frecuencia cardíaca fetal

a) Basal: frecuencia cardíaca fetal basal normal es de 110 a 160 latidos por minuto. La frecuencia cardíaca basal de cada bebé debe permanecer estable. Las frecuencias cardíacas fuera de este rango, o grandes cambios dentro de este rango (una diferencia de más de 30 latidos por minuto) pueden indicar compromiso fetal. Si la frecuencia cardíaca fetal basal está más alta de 160/min y el bebé no está activo, se debe suponer que hay taquicardia.

b) Deceleraciones:

Una disminución de la frecuencia cardíaca durante una contracción que no se recupera inmediatamente después, o que ocurre después de haber terminado una contracción requieren de atención urgente.

Líquido amniótico y Meconio

Si el líquido amniótico está ausente o si está drenando meconio, se le debe dar atención a la frecuencia cardíaca fetal debido a que es probable que haya sufrimiento fetal y que haya un empeoramiento rápido del feto

Puede requerirse de ayuda urgente para diagnosticar y manejar el prolapso del cordón, separación de la placenta o ruptura uterina.

Patrones anormales de la labor

La labor normal se caracteriza por contracciones uterinas regulares, desaparición y dilatación del cuello y descenso de la parte de presentación.

Etapas de la labor (OMS Embarazo S-57)

Fase latente

(0-4cm dilatación cervical) En la fase latente del parto, se establecen y asientan contracciones regulares y dolorosas. En la primagrávida esta etapa puede durar varios días pero dura menos en la múltipara.

El aspecto más importante de la fase latente es que se monitoree el bienestar de la madre y del feto evitando intervenciones innecesarias. Se debe dar tiempo a que el cuerpo de la madre entre en trabajo de parto establecido. No es necesario forzar a que esta etapa avance más rápido a menos que hayan elementos de alto riesgo. Basta con hacer observaciones intermitentes y evaluaciones clínicas completas sin exámenes vaginales excesivos. Lo que es importante aquí es mantener a la madre adecuadamente hidratada, con suficiente alimento y asegurarse que pueda vaciar la vejiga en forma natural. Durante este tiempo es ideal chequear su hemoglobina y revisar sus antecedentes con relación a cualquier posibilidad de problemas más adelante durante el trabajo de parto.

Si la dilatación de la cervix es menos de 4 cm y las contracciones no vienen regularmente esto puede significar que no esté en trabajo de parto.

ES ESENCIAL QUE CONTINÚE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA Y LA EVALUACIÓN JUICIOSA.

Fase activa del parto (Primera etapa)

En esta etapa hay contracciones regulares y el cérvix se debe dilatar de 4 cm a una tasa de 1 cm por hora hasta la dilatación completa (10cm). La fase activa de la primera etapa del parto comienza cuando la dilatación aumenta más arriba de 4 cm.

COLOQUE UNA CÁNULA ENDOVENOSA PRONTAMENTE EN TODO CASO DE PARTO DE ALTO RIESGO

Si la madre desarrolla fiebre, administre antibióticos endovenosos.

Si se prolonga pueden existir:

- Posición anómala o presentación fetal defectuosa.
- Pelvis demasiado pequeña o cabeza demasiado grande.
- Contracciones demasiado débiles
- Las membranas necesitan ruptura (sólo si no existe posición anómala o presentación fetal defectuosa)
- Deshidratación, cetosis y/o cansancio

Aquí el cuello uterino debe dilatarse a una tasa de al menos 1cm/h hasta la dilatación completa (10cm). El progreso lento deberá corregirse por ruptura de las membranas. Es importante que la labor obstruida se excluya antes de que se administre oxitocina. Si se percibe que el progreso lento se debe a la carencia de actividad uterina, deberá comenzarse a administrarse oxitocina a 1-2 mili unidades por minuto incrementando cada 30 minutos hasta un máximo de 16 miliunidades por minuto. 5 unidades de oxitocina en 500 ml de solución salina al 0.9% resulta en 10 miliunidades de oxitocina por mililitro (una unidad = 1000 miliunidades). Una infusión de esta solución a 6ml/hora resulta en 1 miliunidad/minuto. **Si la madre es múltipara grande (es decir > 3 embarazos) se debe detener la oxitocina una vez que el parto se haya establecido. Si se continúa con la oxitocina hay posibilidad de ruptura uterina.**

DONDE SEA POSIBLE USE UNA BURETA EN EL SET DE INFUSION IV PARA PREVENIR QUE SE ADMISNISTRE DEMASIADA OXITOCINA

Madres con infusión de oxitocina jamás se deben dejar solas

Si el progreso inicialmente es bueno y luego se hace lento o se detiene, puede haber:

- Posición anómala/presentación fetal defectuosa
- Parto obstruido
- Mayor riesgo de distocia de hombros.

Segunda etapa

Está definida como la etapa cuando el cérvix está completamente dilatado. Comienza el descenso del feto sin embargo inicialmente la madre no experimenta la necesidad de pujar. Va a haber necesidad de pujar sólo cuando la cabeza fetal llega al piso pélvico. En este período le puede ser útil a la madre pararse. Ella no debe yacer de espaldas ya que esta posición demora el descenso de la parte que se presenta.

El alumbramiento puede demorar sin ansiedad 2 horas desde la dilatación completa en la primagrávida y 1 hora en multíparas.

La madre no debe pujar si el cérvix no está completamente dilatado.

Lesiones del perineo durante el parto se deben minimizar. **En mujeres circuncidadas cabe lugar la división de los labios así como una episiotomía** de otro modo hacer una episiotomía de rutina no se recomienda.

Una mujer multípara puede parir más fácilmente parada o en cuclillas.

A veces, las contracciones se ponen menos fuertes una vez que el cérvix se dilata completamente. Esto es normal. Siempre que compruebe el bienestar de la madre y del feto, móvilela, manténgala hidratada oralmente o déle glucosa endovenosa si está cetósica, luego espere hasta un máximo de 1 hora para el descenso de la cabeza. Sin embargo, hay que estar atento a la posibilidad de desproporción céfalo-pélvica. Después de 1 hora animela a empujar siempre que el cérvix esté completamente dilatado.

Si hay cualquier tipo de ansiedad o duda con respecto a la frecuencia cardíaca fetal o no se ha dado luz dentro de 2 horas en la primigrávida o 1 hora en la multípara, es necesario considerar dar parto operativo vaginal con ayuda de ventosa o fórceps, siempre que la cabeza no sea palpable en el abdomen. El cérvix tiene que estar completamente dilatado.

Después de partos prolongados hay más posibilidades de HPP

Si la cabeza se retrae al perineo después del parto (signo de la tortuga) esto puede indicar distocia de hombros.

Después del nacimiento del bebé se deben administrar 10 unidades de oxitocina IM para ayudar la expulsión de la placenta y reducir los riesgos de hemorragia, con el proviso que la posibilidad de un segundo gemelo se ha excluido por examen de ultrasonido previo o por palpación abdominal (especialmente si la paciente no ha recibido cuidados antenatales)

Complicaciones del parto

Parto obstruido: reconocimiento y transferencia temprana (OMS Embarazo S37)

Recuerde: 3 PPPs (poder, pasajero y pasaje)

Prevención

- Buen cuidado antenatal de modo que se conozca la posición y presentación del feto antes del comienzo del parto (idealmente confirmado por examen de ultrasonido): **SI ES ANORMAL DEBE TRANSFERIRSE EL CASO AL HOSPITAL TAN PRONTO COMIENZE LA LABOR DE PARTO.**
- Use el partógrafo modificado por la OMS.
- Buen estado nutricional de la madre
- Ausencia de anemia en la madre
- Líquidos y glucosa adecuados durante el parto

Peligros asociados con el progreso lento del parto

Para la madre:

- Infección
- Ruptura uterina
- Fístulas
- MUERTE

Para el bebé

- Infección
- Carencia de oxígeno al cerebro y lesión traumática
- Feto muerto
- Muerte neonatal
- Daño cerebral permanente

Principales causas de progreso lento del parto

1. contracciones uterinas inadecuadas
2. Presentación fetal defectuosa o posición anómala
3. Desproporción entre el tamaño del bebé y el de la pelvis**

** Excluya las causas 1 y 2 antes de diagnosticar esto

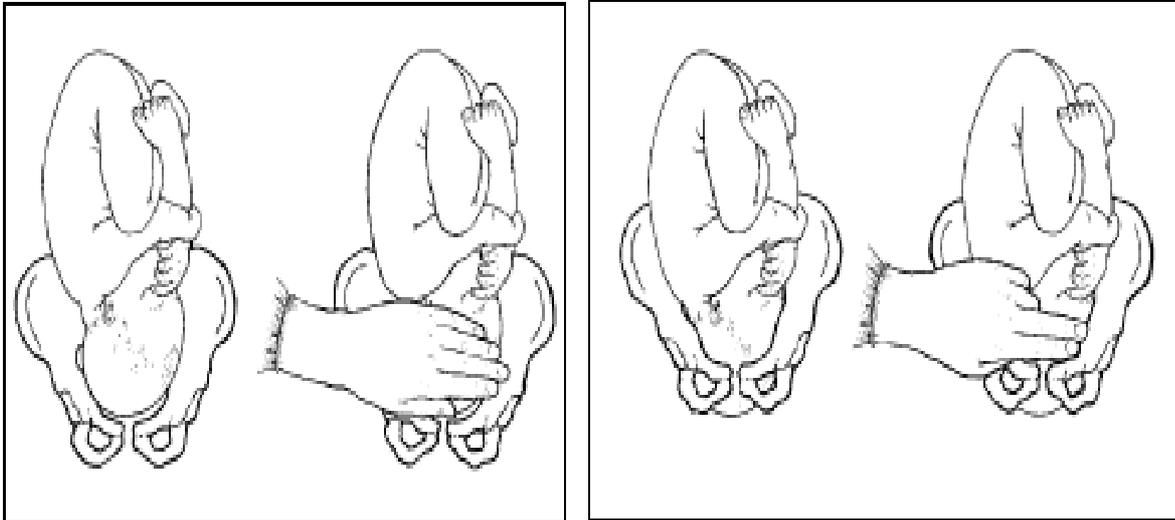
1. La madre puede estar deshidratada, cetótica, infectada, cansada.

TODAS NECESITAN SER TRANSFERIDAS DE URGENCIA AL HOSPITAL

Descenso fetal

Por palpación abdominal

Quintos de la cabeza palpables por encima de la sínfisis:
5/5 cabeza completamente por encima de la entrada de la pelvis.
0/5 cabeza completamente dentro de la pelvis (ver figura)

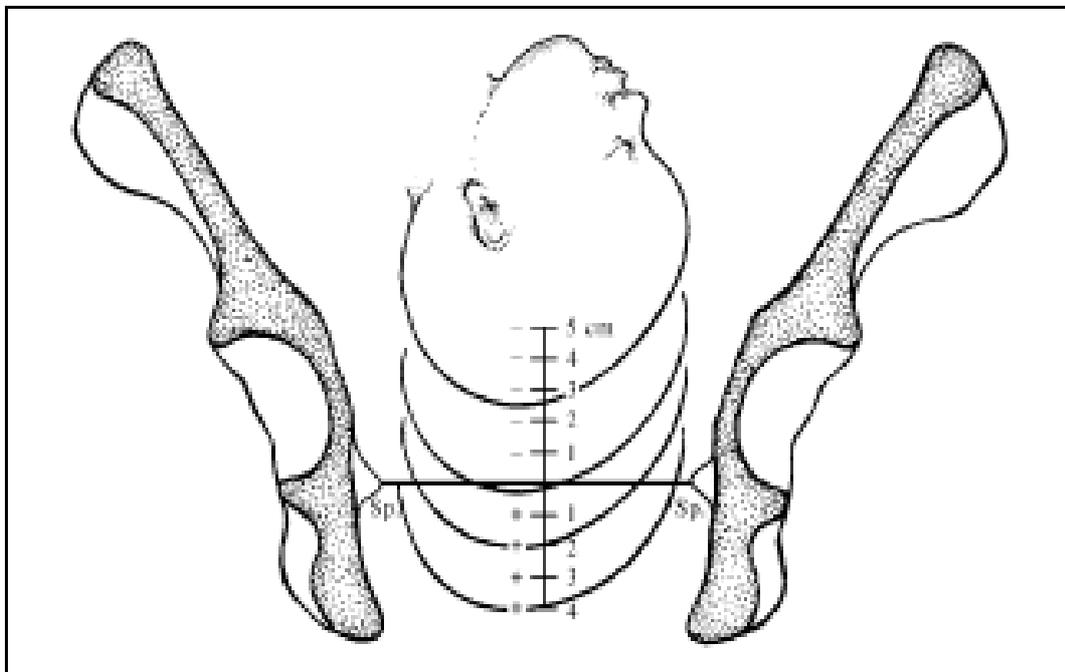


De ESS OMS

Descenso fetal

Por examen vaginal

Nivel de la cabeza fetal respecto a las espinas ciática = 0 nivel (ver figura)



De ESS OMS

Manejo de emergencia del parto obstruido

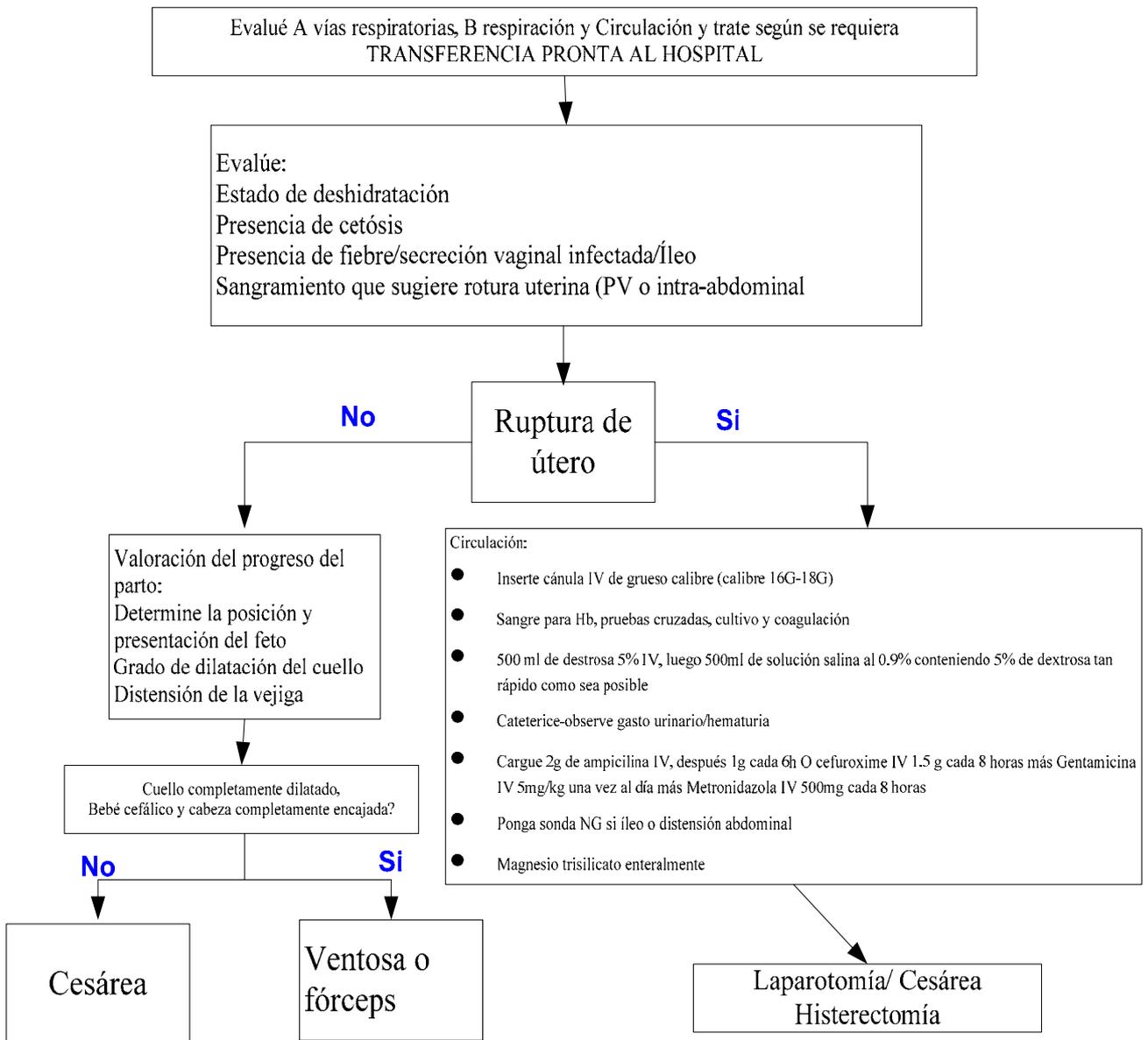
La madre puede estar deshidratada, cetótica, séptica y especialmente si el útero se ha roto – puede estar en shock.

Desarrolle la evaluación primaria de **Vías respiratorias, Respiración, Circulación y Discapacidad.**

Dependiendo de la condición de la paciente, se puede llegar al diagnóstico si se toma una historia clínica bien enfocada (p. ej. Labor prolongada, sangramiento vaginal, Cesárea previa por labor obstruida)

Se necesita tomar medidas de resucitación de emergencia antes de tratar la causa.

Guía de Cuidado de Parto Obstruido



Nota: también tiene que administrar ampicilina con dosis de carga de 2g IV y 1g IV cada 6 horas si en trabajo de parto por más de 24 horas

SECCIÓN 10 Prueba 1

1) ¿Cuales de los siguientes indicadores se miden en el partograma?

- a) Tasa cardíaca maternal, PA, temperatura, gasto urinario y orina para proteína y glucosa.
- b) Frecuencia de respiración materna
- c) Frecuencia cardíaca fetal y su relación con las contracciones
- d) Líquido amniótico(claro, meconio, sanguinolento o ausente)
- e) Progreso de la labor en términos de dilatación cervical, descenso de la parte de presentación y moldura de la cabeza, frecuencia y fuerza de las contracciones.

RESPUESTAS

1. acde

SECCIÓN 10 Prueba 2

1) Cuál de las siguientes declaraciones son verdaderas relacionadas con la fase latente de la primera etapa de la labor?

- a) La dilatación cervical es de 0-6 cm.
- b) Deberá completarse en 8 horas
- c) Se prolonga por posición anómala o presentación fetal defectuosa, pelvis pequeña, cabeza fetal grande, contracciones débiles.

2) En la fase active de la primera etapa de la labor, ¿cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas?

- a) El cuello debe dilatarse al menos 1cm/hora
- b) Progreso lento puede corregirse por la ruptura de las membranas.
- c) Progreso lento debido a la labor obstruida puede superarse con infusión de oxitocina
- d) Si el progreso es bueno inicialmente y luego disminuye puede haber posición anómala o presentación fetal defectuosa, deshidratación, cetosis y/o cansancio, pelvis pequeña.

Respuestas:

1. bc 2. abd (la oxitocina es peligrosa en la labor obstruida)

SECCIÓN 10 Prueba 3

- 1) ¿Cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas relacionadas con la segunda etapa de la labor?
- a) Incluye una fase temprana y una tardía (fase expulsiva)
 - b) Usualmente dura 30 minutos en una primípara y 1 hora en una madre multípara
 - c) Cuando está acompañada por retracción de la cabeza al perineo después que esta sale sugiere distocia de hombros
 - d) Se completa administrando oxitocina 10 unidades IM para ayudar a salir la placenta y minimizar HPP (hemorragia post-parto), aunque es esencial antes de la oxitocina excluir un Segundo gemelo que pudiera estar en el útero.

RESPUESTAS

1. acd

SECCIÓN 10 Prueba 4

- 1) ¿Cuáles de las siguientes son importantes en la prevención del progreso lento del parto?
- a) Conocer la presentación del feto antes del comienzo del trabajo de parto
 - b) El uso del partógrafo de la OMS
 - c) Conocer el grupo sanguíneo y tener sangre cruzada compatible
 - d) La administración de líquidos adecuados/ glucosa durante la labor.
- 2) Complete la siguiente tabla sobre los peligros específicos de un progreso lento del parto

Peligro	Para el bebé	For Mother
Muerte	SÍ	Sí
Rotura uterina	No	Sí
Infección	a)	b)
Fistula	c)	d)
Daño cerebral	e)	f)

ANSWERS:

1. abd 2. a. Sí b. Sí c. No d. Sí e. Sí f. No

SECCIÓN 10 Prueba 5

- 1) ¿Cuáles de las siguientes son causas de progreso lento en la labor de parto?
- a) Calidad inadecuada de las contracciones uterinas
 - b) Presentaciones fetales defectuosas
 - c) Desproporción entre el tamaño del bebé y la pelvis
 - d) Diferencias en los grupos sanguíneos entre la madre y el bebé
 - e) Posiciones anómalas
 - f) infección en la madre
- 2) Cuando se trata una labor obstruida ¿Cuál de las siguientes acciones son esenciales?
- a) Evalúe el ABC y trate
 - b) Buscar y tratar rotura uterina
 - c) Buscar y tratar la infección
 - d) Trasladar al hospital prontamente

RESPUESTAS

1. abcef 2. abcd

Distocia de hombros (OMS Embarazo S-83)

Esto significa que hay dificultad en lograr el parto espontáneo del bebé debido al impacto de los hombros contra los huesos de la pelvis. Esa situación requiere maniobras especiales para sacar los hombros luego de haber intentado sin éxito de aplicar una tracción suave para lograr un parto normal. La incidencia reportada es entre 0.15% y 2% de todos los partos vaginales. Porta un riesgo significativo para el bebé debido a la hipoxia, fracturas de la clavícula y húmero y lesiones del plexo braquial.

El problema reside en el **borde pélvico** superior donde el hombro anterior queda atascado, al mismo tiempo que el hombro posterior usualmente ha entrado en la pelvis. Por eso el tratamiento está dirigido a estimular el hombro anterior a entrar en la pelvis, o si esto falla o a rotar el hombro posterior cosa que quede en posición anterior o sacar primero el brazo posterior. La tracción de la cabeza cuando se ha atascado el hombro anterior por encima del borde pélvico no tendrá efecto y es peligroso.

El parto debe ocurrir a los 5 minutos de la salida de la cabeza y daño hipóxico al bebé es probable que se incremente mientras mayor sea la demora.

La hemorragia post-parto es común después de la distocia del hombro y hay riesgo de laceraciones vaginales y perineales serias.

Factores de riesgo para la distocia

Anteparto

Macrosomía fetal
Obesidad materna
Diabetes
Embarazo prolongado
Edad materna avanzada
Género masculino
Ganancia de peso excesiva
Distocia de hombro previa
Bebé grande previo

Intraparto

Primera etapa prolongada
Segunda etapa prolongada
Trabajo de parto aumentado con oxitocina
Parto asistido

Estos factores de riesgo frecuentemente no ayudan en la predicción de casos individuales de distocia del hombro y por eso que la práctica de ejercicios de emergencia es esencial para el buen manejo del caso inesperado.

El progreso lento del parto, particularmente en la paciente multípara o en una mujer con antecedentes de un bebé grande o dificultad para la salida de los hombros previos, deben alertar de la posibilidad.

Durante el parto, los signos incluyen dificultad del parto para sacar la cara y barbilla, retracciones de la cabeza entre contracciones, balanceo de la cabeza o una vez salida la cabeza ésta entra de nuevo retraída contra el perineo (signo de la tortuga). Tan pronto como se sospeche esta situación debe iniciarse un plan de acción.

Manejo de la distocia de hombros

AEPPERR: A = AYUDA
E = EVALUACIÓN/EPISIOTOMÍA
P = PIERNAS
P = PRESIÓN
E = ENTRAR
R = ROTAR
R = REPETIR

Si hay factores de riesgos, tenga obstetra con experiencia presente durante la 2^{da} etapa. 50% son inesperados.

Esté preparado para este problema incluyendo el HPP que lo puede seguir

PIDA AYUDA necesita al equipo con más experiencia

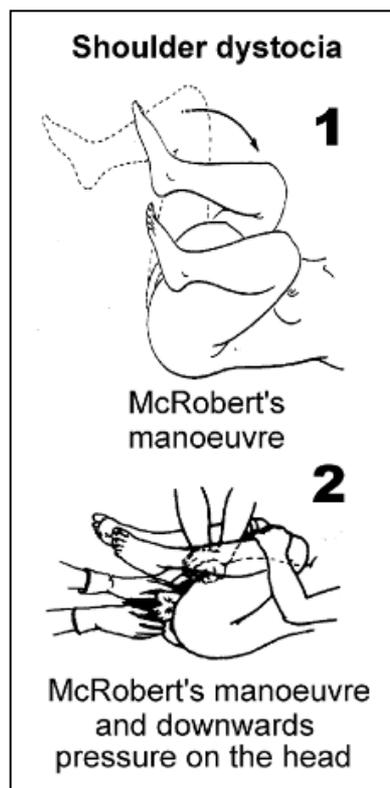
Cada maniobra por 30 a 60 segundos solamente: si no resulta pase al paso siguiente

1 Evalúe para Episiotomía (OMS Embarazo P-71)

Se recomienda una episiotomía medio-lateral para permitir mayor espacio para las maniobras tales como el parto del hombro posterior, permitiendo al operador hacer uso del hueco cóncavo anterior al sacro y reducir el trauma vaginal.

2 Maniobra de McRobert (PIERNAS)

Ambos muslos se hiper flexionan agudamente, se abducen y se rotan hacia afuera idealmente con la ayuda de dos asistentes. Cada asistente sostiene la pierna por el muslo y flexiona la pierna hasta que el muslo quede paralelo a la pared abdominal anterior. Esto reducirá el ángulo entre el sacro y las vértebras lumbares y facilitará soltar el hombro atascado. Si no hay disponibilidad de 2 asistentes la madre se la puede acostar hacia el lado izquierdo en la posición rodilla-tórax.



Distocia de hombros

Maniobra de McRobert's y presión en la cabeza hacia abajo

3 Presión suprapúbica con tracción moderada Tracción (no presione el fondo)

Se aplica presión suprapúbica para reducir el diámetro entre los hombros y empujar el hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis. Es importante saber la posición de la espalda fetal de modo que la presión se aplique en la dirección correcta (o sea, desde la espalda fetal hacia adelante). Si no está seguro/a sobre la posición de la espalda confírmelo con examen vaginal. Se debe presionar la parte posterior del hombro con la base de la palma de la mano y a veces un movimiento pendular puede ser útil. Deberá evitarse la tracción fuerte y la presión al fondo.

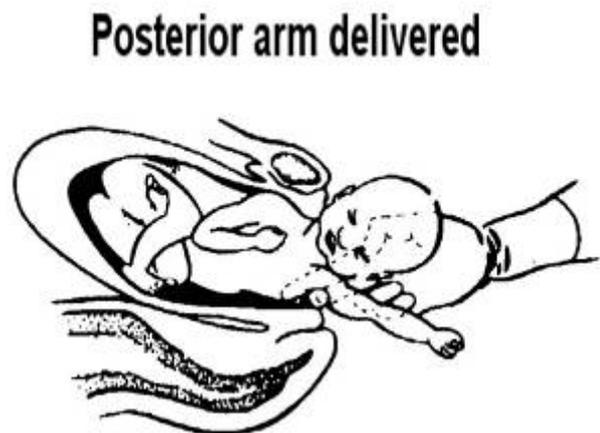
4 Considere catéter uretral

5 Aplique tracción moderada (si se tira con más fuerza lo puede empeorar)

Una vez que se haya logrado la maniobra McRobert y se está haciendo presión en el área suprapúbica, se puede ahora aplicar una tracción moderada mientras se desalientan los esfuerzos maternos (que pueden incrementar el impacto de los hombros)

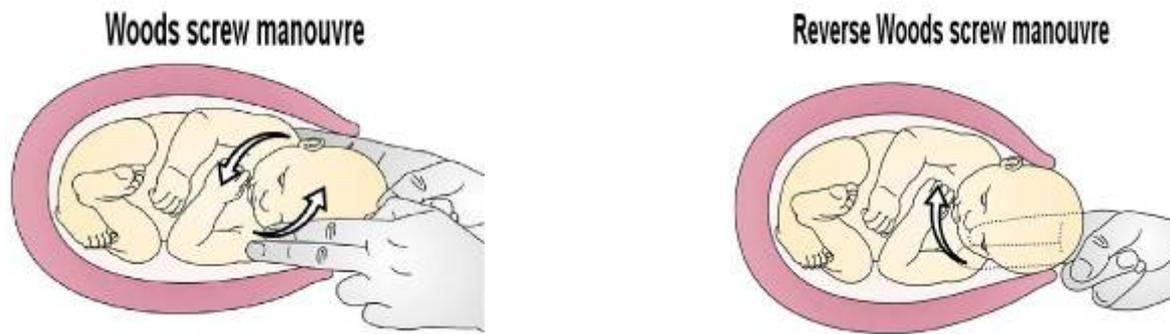
6 Salida del brazo posterior y del hombro (ENTRE)

Inserte una mano hasta la axila fetal y agarre el hombro posterior hacia abajo. La tracción en la axila posterior pone al brazo posterior al alcance: se presiona la fosa cubital hacia atrás lo que soltará lo que liberará el brazo que puede luego moverse hacia abajo (sujete la mano y haga un barrido por el tórax)



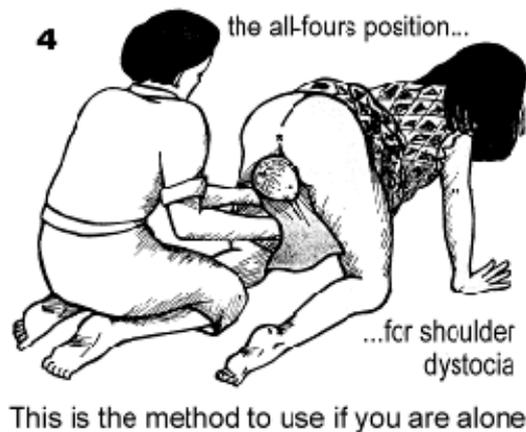
7 Maniobras rotacionales internas ej, tornillo de Wood (ROTAR)

Estas medidas se requieren raramente. Bajo asepsia completa, el operador inserta los dedos de la mano en la vagina colocando las puntas de los dedos detrás del hombro anterior. Después se empuja el hombro hacia el tórax fetal. Si esto no da resultados los dedos de la mano opuesta pueden insertarse en la vagina hasta alcanzar al hombro posterior por la parte frontal del feto. La combinación de estos dos movimientos puede permitir la rotación de los hombros y facilitar su salida. Si las salidas del hombro o del brazo no son exitosas trate de rotar el hombro posterior 180 grados haciendo un movimiento como de sacacorchos (en el sentido de las agujas del reloj o en sentido contrario) para llevarlo a una posición anterior desde donde el parto puede continuar en forma normal (esta rotación suelta el hombro anterior que está impactado que termina en la parte posterior de la pelvis). Es importante no torcer el cuello o la cabeza fetal durante esta maniobra.



8 Posición en 4 patas

Éste es otro procedimiento que puede ser útil si no hay ayuda disponible. La madre se coloca en sus manos y rodillas, CON LAS NALGAS A UN NIVEL MÁS ARRIBA QUE LOS HOMBROS Y CON LA CABEZA A NIVEL DEL SUELO. Las maniobras descritas más arriba se pueden hacer con la madre en esta posición. En forma temprana en esta posición trate de hacer salir el hombro posterior.



Posición en 4 patas en distocia de hombros. Este es el método a usar si Ud está sola

9. Sinfisiotomía (OMS Embarazo P-53)

Si todavía no ha sido posible el parto del bebé debe considerarse la posibilidad de hacer una sinfisiotomía.

10. Chequé posibilidad de trauma en la vagina y el perineo y repare como corresponda.

11. Prepárese para un HPP.

SECCIÓN 10 Examen 6

- 1) **¿Cuáles de las siguientes declaraciones sobre los factores de riesgo para la distocia de hombros son verdaderas?**
- a) Edad maternal avanzada
 - b) Obesidad materna
 - c) Género femenino del feto
 - d) Primera etapa corta
 - e) Los factores de riesgo se pueden usar eficazmente en casos individuales de distocia de hombros.
- 2) **¿Cuáles de las siguientes declaraciones representan riesgos para el bebé en la distocia de hombros?**
- a) hipoxia
 - b) fracturas de clavícula y húmero
 - c) daño a nervio
- 3) **El manejo de la distocia de hombros incluye a cuáles de los siguientes elementos?**
- a) episiotomía
 - b) tracción de la cabeza tan pronto como se observe el signo de la tortuga.
 - c) Presión suprapúbica
 - d) Maniobra de McRobert
 - e) Anticipación de hemorragia post-parto

RESPUESTAS

1. a,b 2. a,b,c 3. a,c,d,e

Parto vaginal instrumentado

1. Ventosa (OMS Embarazo P-27)

Indicaciones:

- Demora en la segunda etapa
- Sufriamiento fetal en la segunda etapa
- Las condiciones maternas que requieren una segunda etapa corta, por ejemplo: falla cardíaca, presión arterial diastólica >110mm de mercurio

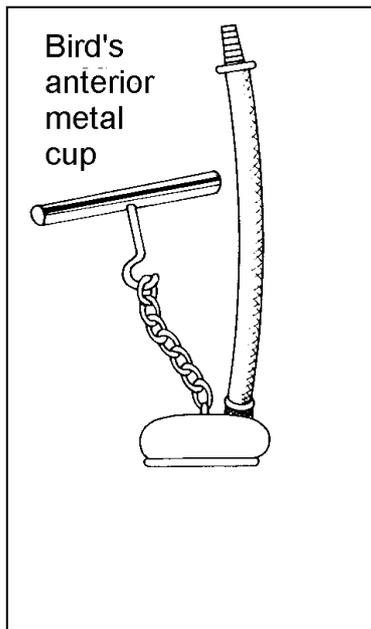
Contra-indicaciones:

- Cuello no dilatado completamente
- Presentación de cara
- Trastornos severos de coagulación
- Gestación menor de 34 semanas

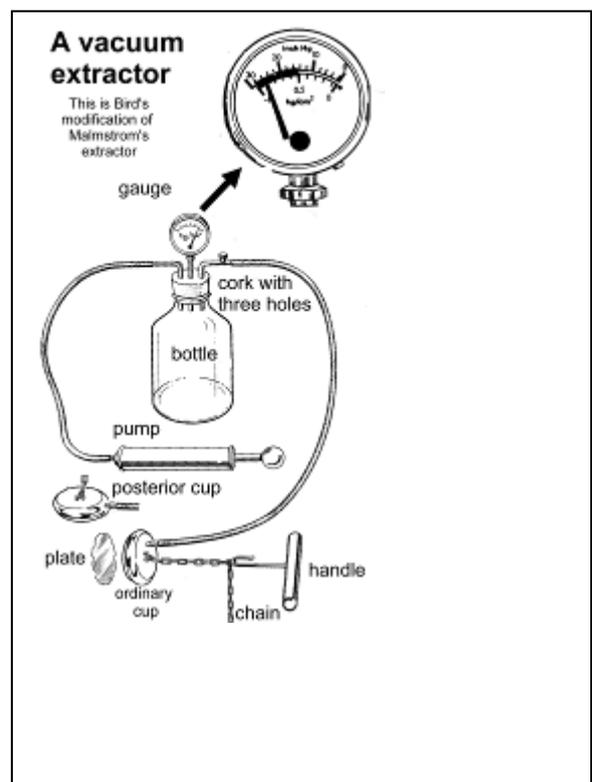
Parto con la ventosa: reglas básicas.

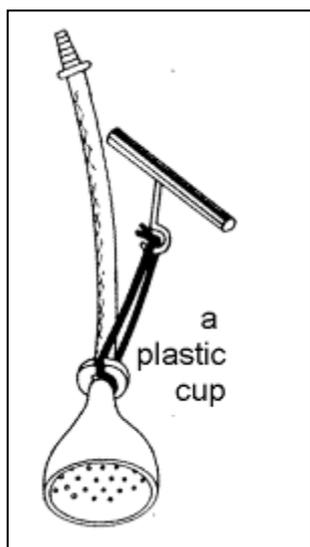
- Dilatación completa del cuello y encajamiento completo de la cabeza (menos de 1/5 palpable por el abdomen)
- Limpieza de la vulva y la vagina con solución desinfectante y paños estériles
- Se debe conocer la posición de la cabeza del bebé
- Buenas contracciones
- La posición de litotomía es la preferida (con una cuña bajo la cadera derecha para inclinación lateral izquierda)
- Coloque exactamente sobre el punto de flexión.
- La cabeza (no solo el caput) debe descender con cada tracción. No deben ser necesarias más de tres tracciones.
- Examen cuidadoso del perineo y reparo del trauma como sea requerido.
- Documentación detallada incluyendo recuento de gasas.

Copa metálica anterior de Bird

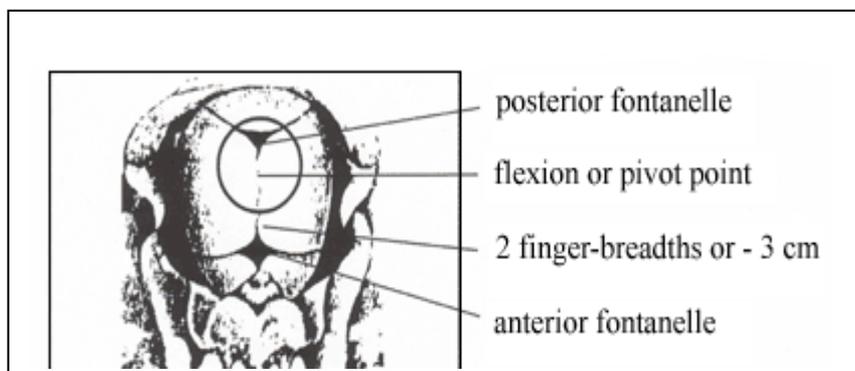


Extractor a vacío





Una copa plástica

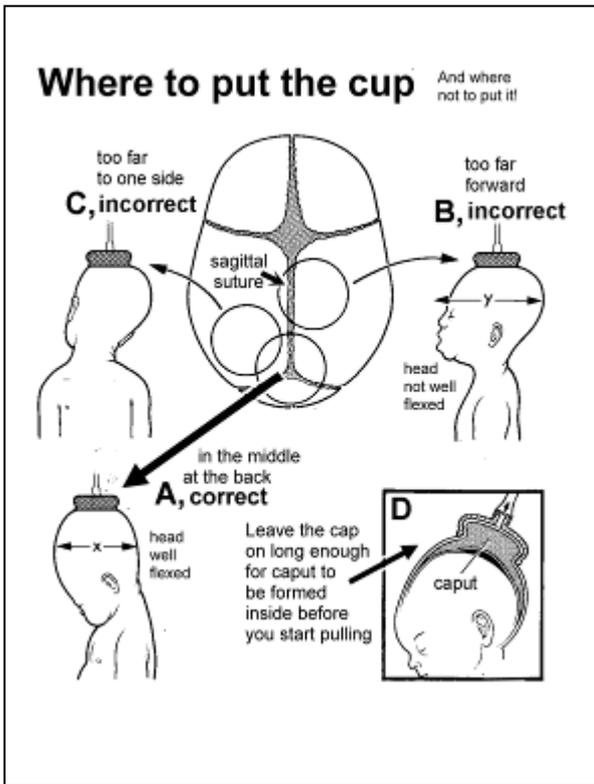


Fontanela posterior

Punto de flexión o pivote

Ancho de 2 dedos o 3 cm

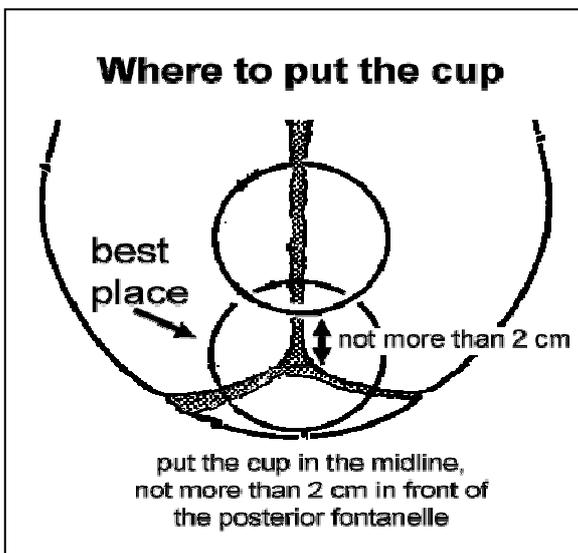
Fontanela anterior



Donde poner la copa y donde no ponerla!

- A en el medio, atrás, correcto.*
- B demasiado adelante, incorrecto*
- C demasiado ladeada, incorrecto.*
- D deje la copa en posición por un periodo suficiente para que se forme un caput adentro y antes de empezar a traccionar*

EL LUGAR DONDE USTED COLOQUE LA COPA es importante. Trate de colocar la copa sobre la fontanela posterior del bebé, debido a que esto flexionará la cabeza. Si se coloca más hacia adelante la cabeza se extenderá, de modo que será menos fácil de traccionar. La distancia Y cuando la cabeza está menos flexionada (doblada hacia atrás) es mucho más larga que la distancia X cuando está flexionada (doblada hacia adelante). C, si Ud. coloca la copa hacia un lado, la cabeza se inclinará hacia un lado.



Donde poner la copa

El mejor lugar No más de 2 cm

Ponga la copa en la línea media, no más de 2cm delante de la fontanela posterior

Monitor the cup while you pull



Monitorée la copa mientras tracciona

*Los dedos sujetan la copa
La mano tracciona*

Dirección del canal de nacimiento

Como traccionar:

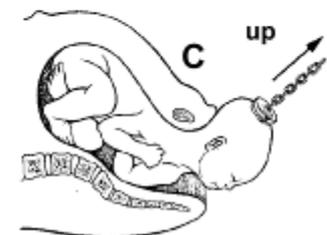
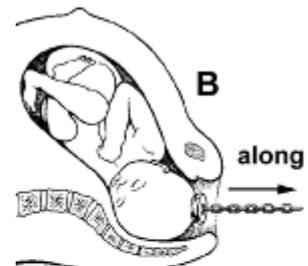
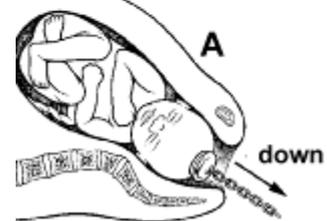
A hacia abajo

B a lo largo

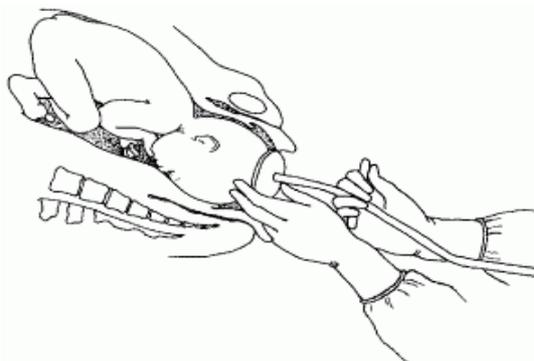
C hacia arriba



How to pull



TRACCIONE EN LA DIRECCIÓN DEL CANAL DEL NACIMIENTO. Primero traccione hacia abajo, hacia el piso, hasta que la cabeza esté por debajo de la espina ciática. Luego traccione hacia afuera hasta que la cabeza esté estirando el perineo. Finalmente traccione hacia arriba hasta que nazca el bebé.



Razones del fracaso

1. Evaluación inicial incorrecta (cabeza demasiado alta o diagnóstico fallido de la posición/ actitud de la cabeza)
2. Colocación incorrecta de la copa con la ventosa lateral o demasiado anteriormente en la cabeza del bebé.
3. Falla debido a la tracción en dirección equivocada (mantenga las manos bajas).
4. La desproporción céfalo-pélvica (falla real) es rara.

Técnica para el uso de la copa

- Debe seleccionarse la copa apropiada.
- La copa de goma de silicona puede usarse con cualquier presentación cefálica bien flexionada, con el proviso que el bebé sea de tamaño promedio y el caput es mínimo
- La copa de metal anterior debe seleccionarse si el bebé es grande, si la segunda etapa se prolonga o hay un grado moderado o más de caput
- La copa de metal posterior debe usarse para la posición occipital-posterior, particularmente aquellas con deflexión significativa de la cabeza.
- La copa debe conectarse a la bomba y debe hacerse una chequeo que no haya escape antes de comenzar de dar parto al bebé. Asegúrese de que el equipo esté trabajando apropiadamente.

Tipos de copas de ventosa

Ventosa de silicona

La copa de silicona se pliega y se inserta en la vagina. La copa se posiciona contra la fontanela posterior. Luego se aumenta la presión hasta 0.2kg por centímetro cuadrado y se realiza una comprobación que no se ha atrapado tejido materno. Luego puede incrementarse la presión a 0.8 Kg. por cm. cuadrado. La tracción comienza con la próxima contracción. La línea de tracción debe ser a lo largo del eje de la pelvis. Una mano permanece en la vagina contra la copa para detectar si se despega. La mano en la vagina puede ayudar a mantener la flexión de la cabeza fetal. A medida que la cabeza se corona, el ángulo de tracción cambia hacia una posición más hacia arriba. Puede requerirse una episiotomía en esta etapa.

Copa anterior de metal

La copa de metal se lubrica ligeramente con jalea estéril y se inserta de lado en la vagina. La cadena de la copa debe ubicarse en la parte más posterior de la cabeza del bebé. El manejo después de esto es como se describió para la copa de goma de silicona.

Copa posterior de metal

Si hay deflexión de la cabeza y está se encuentra en posición occipital posterior se debe usar la copa posterior de metal. Se coloca lo más atrás posible en la cabeza, idealmente en la línea media. Puede requerirse una episiotomía para permitir el acceso adecuado para colocar la copa y a veces presión en la parte frontal de la cabeza para aumentar su flexión puede ser útil para asegurarse de una aplicación apropiada. El vacío se obtiene como se ha descrito más arriba. Con la primera tracción el objetivo deberá ser aumentar la flexión de la cabeza fetal y el procedimiento entonces continúa como se describió previamente.

Dificultad con la ventosa

- Diagnóstico equivocado del nivel de la cabeza fetal
- Diagnóstico equivocado de la posición
- Exceso de caput
- Colocación incorrecta de la copa
- Tracción en la dirección equivocada
- Instrucciones inadecuadas a la madre
- Raramente un operador **con experiencia** puede usar la ventosa antes de que haya una dilatación completa en una situación extrema de sufrimiento fetal agudo.

2. Fórceps (OMS Embarazo P-33)

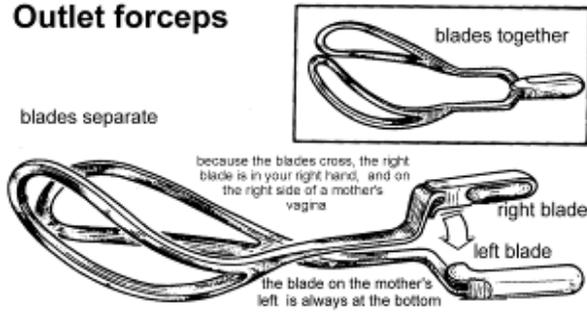
Sólo para ser realizado por un operador experimentado que se sienta cómodo con el equipo. La ventosa se asocia con un riesgo menor de trauma materno y debe ser la primera elección. Los fórceps son el único instrumento que puede usarse en las siguientes circunstancias:

- Parto de una cabeza después de una presentación de nalgas.
- Parto de una presentación de cara mento-anterior
- Parto antes de las 34 semanas de gestación

Procedimientos

- Examen abdominal para confirmar que nada de la cabeza sea palpable
- Limpie la vulva y la vagina con desinfectante y aplique paños estériles
- Cateterización urinaria
- El bloqueo pudendo y la anestesia local perineal (ver CD/ DVD rom) es lo ideal
- Examen vaginal cuidadoso para confirmar la posición de la cabeza
- Compruebe la pareja de fórceps para asegurarse que combinan y hacen juego
- La rama derecha se inserta primero poniendo la mano derecha en la vagina a lo largo de la pared vaginal izquierda.
- La rama del fórceps entonces se pasa entre la cabeza fetal y la mano derecha para evitar traumas a los tejidos vaginales maternos.
- Después que se inserte la rama, ésta yacerá en posición horizontal en el perineo
- Se inserta la rama izquierda usando una técnica similar y luego se articulan ambas ramas.
- Deberá aplicarse una tracción hacia abajo con la próxima contracción.
- La cabeza deberá descender con cada tracción y no deben realizarse más de tres tracciones
- Usualmente se requiere de una episiotomía cuando la cabeza empieza a coronar
- Después del desprendimiento y expulsión de la placenta, la vagina y el perineo deben chequearse y repararse
- Deberá tenerse cuidado que todos los instrumentos y las gasas estén correctos (fuera de cavidad) y debe desarrollarse un examen rectal para asegurarse de diagnosticar roturas rectales y si ha habido una reparación que las suturas no queden colocadas en el recto.
- La técnica de fórceps rotacionales está fuera del requerimiento de este manual y sólo deberá desarrollarse por un experto en el campo

Outlet forceps



LOS FORCEPS DE SALIDA son muy útiles cuando hay demora en la segunda etapa cuando la cabeza del bebé está cerca de la salida. La rama que va a la parte izquierda de la madre siempre se coloca primero y la rama derecha queda por encima

Fórceps de salida.

Ramas juntas

Ramas separadas

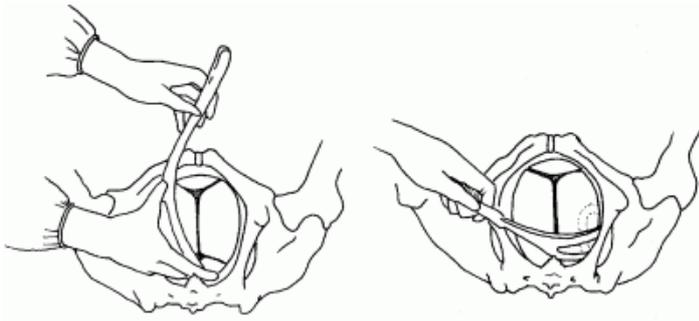
Debido a que las hojas se cruzan, la rama derecha está en su mano derecha y queda al lado derecho de la vagina de la madre .

Rama derecha

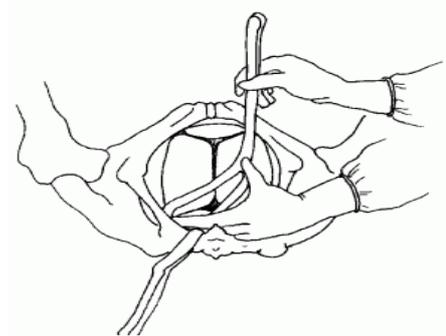
Rama izquierda

La rama en el lado izquierdo de la madre siempre queda por debajo

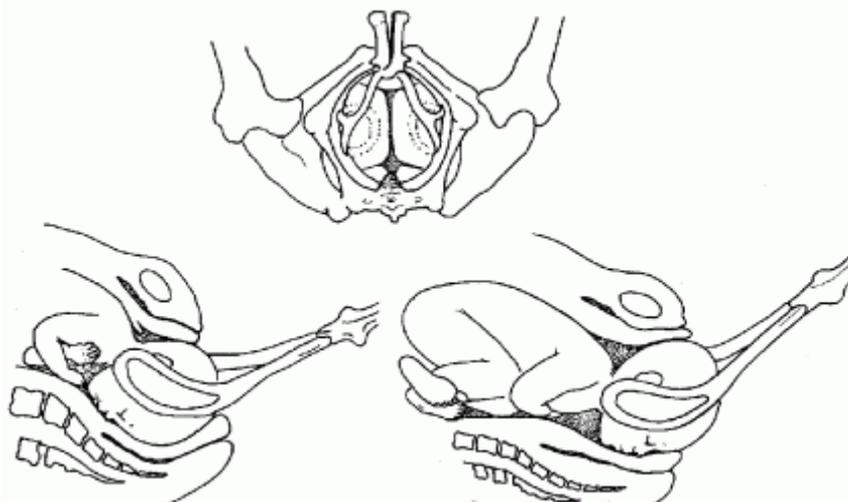
Aplicación de la rama izquierda de los fórceps



Aplicación de la rama derecha de los fórceps



Articulación de las ramas del fórceps y aplicación de la tracción



SECCIÓN 10 Examen 7

- 1) ¿Cuáles de las siguientes son indicaciones para el parto con ventosa?
 - a) Demora en la segunda etapa
 - b) Presentación de cara
 - c) Parto de la cabeza última en el parto de nalgas
 - d) Enfermedad cardíaca de la madre

- 2) ¿Cuáles de las siguientes deben estar presentes antes del parto con ventosa?
 - a) Encaje completo de la cabeza
 - b) Posición conocida de la cabeza del bebé
 - c) Buenas contracciones

- 3) Las contraindicaciones para un parto con ventosa incluye ¿A cuál de las siguientes?
 - a) El cuello no está completamente dilatado
 - b) Gestación menor de 38 semanas
 - c) Trastorno severo de coagulación

RESPUESTAS

1. a,d 2. a,b,c 3. a,c

SECCIÓN 10 Examen 8

- 1) ¿Cuáles de las siguientes declaraciones acerca del parto con fórceps son correctas?
 - a) Generalmente es la primera opción de parto cuando hay demora en la 2da etapa
 - b) Cuando se compara con la ventosa, es el mejor método de parto antes de las 34 semanas de gestación
 - c) Es el único instrumento que puede usarse para el parto en una presentación de cara mento-anterior
 - d) Es fácil de usar para alguien que no tenga experiencia
 - e) El parto no requiere analgesia

RESPUESTAS

1. b,c

Embarazo de gemelos (OMS Embarazo S-87 y S-89)

En el Occidente, esto ocurre aproximadamente en 1 de 80 embarazos. Las tasas de gemelos no idénticos varían dependiendo de la edad, paridad y antecedentes raciales: son más altos en África. La incidencia de gemelos monocigóticos (idénticos) es relativamente constante en todo el mundo a 3.5 por 1000 nacimientos.

Los embarazos múltiples están asociados a mayores riesgos tanto para la madre como para los fetos. La exploración con ultrasonido debe realizarse si el tamaño uterino es más largo que lo esperado o si el examen abdominal de las partes fetales lleva a la sospecha de fetos múltiples. Si no estuviera disponible la exploración por ultrasonido, deberá realizarse un examen abdominal después del nacimiento del primer bebé para excluir a un segundo gemelo, antes de administrarse oxitocina o sintometrina para facilitar la expulsión de la placenta. Si la labor no ha comenzado a las 39 semanas de gestación, considere su inducción.

Riesgos maternos asociados con embarazos múltiples.

- Aborto
- Anemia
- Labor pre-término
- Hipertensión
- Exceso de líquido amniótico (polihidramnios)
- Parto operatorio
- Hemorragia post-parto

Riesgos fetales asociados al embarazo múltiple

- Nacidos muertos o muerte neonatal
- Parto pre-término
- Restricción de crecimiento intra-uterino
- Anomalías congénitas
- Accidente del cordón umbilical
 - Complicaciones específicas de embarazos gemelares, ej. Síndrome de transfusión gemelo a gemelo
 - Dificultades en el parto

Si se diagnóstica un embarazo gemelar deberá brindarse cuidados adicionales. Deberá administrarse tratamiento con hierro y folato (ácido fólico) debido al riesgo incrementado de anemia. La labor pre-término y el parto presentan el mayor riesgo de enfermedad y muerte fetal. Si la madre desarrolla una labor prematura, un curso de inyecciones de esteroides prenatal (betametasona 12mg IM repetida una vez después de 24 horas) puede aumentar la madurez de los pulmones fetales y reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.

Parto gemelar

El parto vaginal usualmente es seguro, aunque puede que se necesite considerar la posibilidad de una Cesárea si se sospecha gemelos co-unidos o mono-amniótico. Si el primer gemelo tiene una presentación de nalgas o uno de los gemelos tiene severa restricción de crecimiento, la Cesárea puede ser apropiada.

El manejo de labor de parto

Al momento de la admisión debe insertarse una línea IV. Deberá obtenerse sangre para un conteo sanguíneo completo y para el grupo sanguíneo. Se debe guardar una muestra de sangre para pruebas cruzadas. La evaluación mediante ultrasonido de la presentación ayudará con el manejo. Debe informarse sobre el ingreso al anestésista, pediatra y a la unidad neonatal

La primera etapa de la labor se maneja como un embarazo simple

Manejo de segunda etapa

Prepara 5 unidades de oxitocina en 500ml de solución salina al 0.9% para posible uso posterior. El parto del primer gemelo se hace normalmente. Examine el abdomen para determinar la posición del segundo feto y haga un monitoreo estrecho del corazón fetal. Si la posición es transversa, intente la versión cefálica externa para girar al bebé a una presentación cefálica. Si el intento falla, intente la versión podálica interna cogiendo el pie fetal y traccionándolo a lo largo del canal de nacimiento, dejando las membranas intactas durante el mayor tiempo posible.

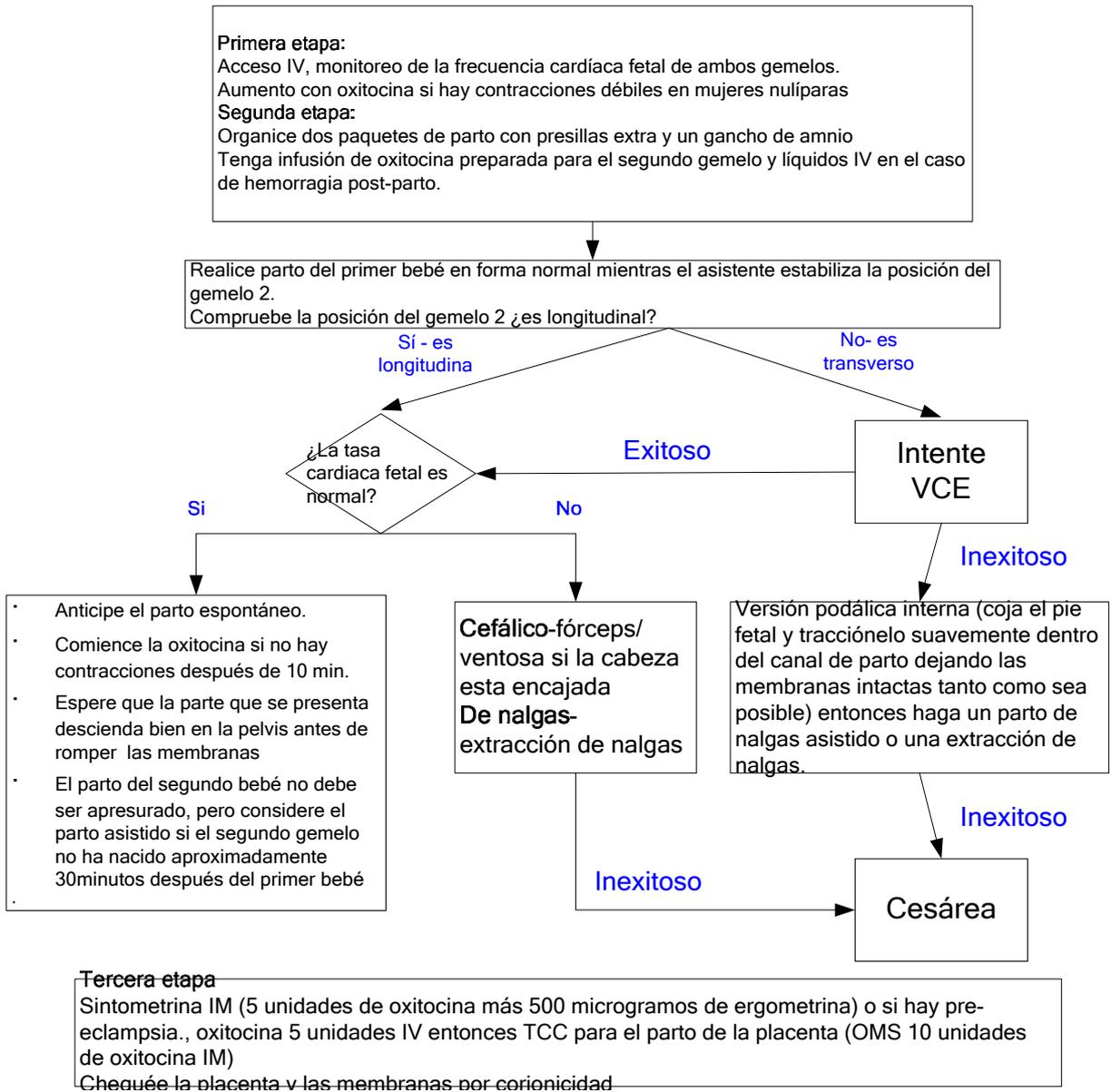
Si no se han reiniciado las contracciones a los 10 minutos del parto del primer bebé y el bebé está en posición longitudinal se debe comenzar una infusión de oxitocina de 5 unidades en 500ml de solución salina 0.9% (es decir 10 miliunidades/ml) a una tasa de 1 mili-unidad/minuto (6ml/hora) incrementándose para lograr contracciones adecuadas. Cuando la parte que se presenta está bien dentro de la pelvis, puede desarrollarse la ruptura de las membranas durante una contracción uterina. El parto del segundo bebé no debe ser apurado, aunque el parto asistido deberá considerarse si el bebé no ha nacido hacia los 30 min. después del parto del primero. (La OMS no da escala de tiempo para el parto del segundo bebé)

Después del parto del segundo bebé, deberá administrarse sintometrina IM (5 unidades de oxitocina más 500 microgramos de ergometrina) (OMS 10 IU de oxitocina IM después de asegurarse que no existe otro bebé en el útero). Si la madre tiene hipertensión, en vez de lo anterior deben administrarse 5 unidades de oxitocina IV. Después de la expulsión de la placenta comience una infusión de oxitocina 40 unidades en 500ml de solución salina al 0.9% durante 4 horas para mejorar la contracción uterina después del parto y reducir el riesgo de hemorragia post-parto.

Chequee el número de amnios y coriones examinando la placenta y las membranas lo cual revelará si los bebés son idénticos o no. Compruebe también si están completos.

Compruebe y repare cualquier daño vaginal y perineal. Observe vigilancia y cuidado ante la posibilidad de sangramiento post-parto durante las horas siguientes. Proporcione cuidados adicionales para asistir en el cuidado de los bebés.

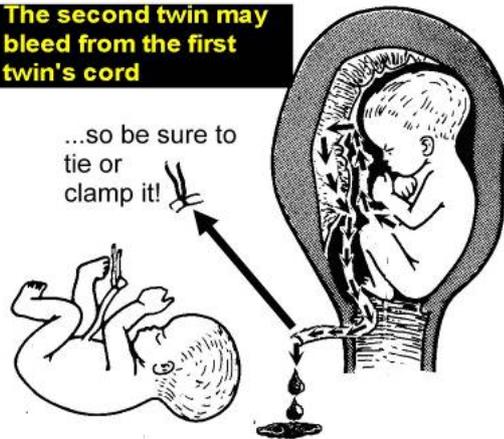
Guía de cuidados para el parto de gemelos



El Segundo gemelo puede sangrar desde el cordón umbilical del primer gemelo.....de modo que asegúrese de atarlo o clamarlo

The second twin may bleed from the first twin's cord

...so be sure to tie or clamp it!



SECCIÓN 10 Examen 9

- 3) En la Guía de cuidado para el parto de gemelos y después del parto del primer bebé ¿Cuáles de las siguientes declaraciones son verdaderas?
- Si la posición del segundo gemelo es longitudinal y no existe sufrimiento fetal, se debe comenzar la oxitocina si no hay contracciones después de 30 minutos.
 - Si la posición del segundo gemelo es longitudinal, la cabeza está encajada y hay sufrimiento fetal, el parto deberá ser por Cesárea inmediata.
 - Si la posición del Segundo gemelo es transversa, la única opción es el parto por Cesárea.
- 4) El embarazo de gemelos se asocia con riesgo incrementado cuando se compara con un embarazo simple, con cuáles de las siguientes complicaciones?
- Aborto
 - Anemia
 - Líquido amniótico disminuido (oligohidramnios)
 - Hemorragia post-parto
 - Nacido muerto o muerte neonatal
 - Prolapso del cordón umbilical
 - Labor pre-término

RESPUESTAS: 1.ninguna correcta 2. a,b,d,e,f,g