

ELEMENTOS IMPORTANTES DE TOCO

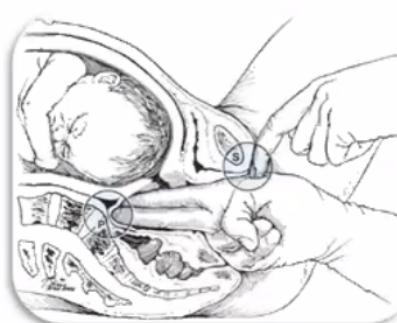
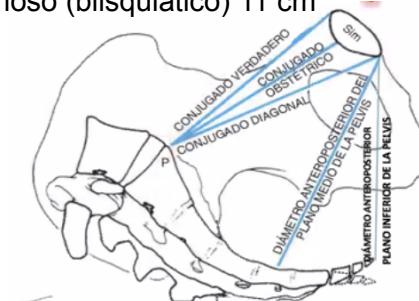
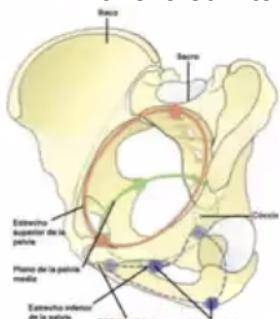
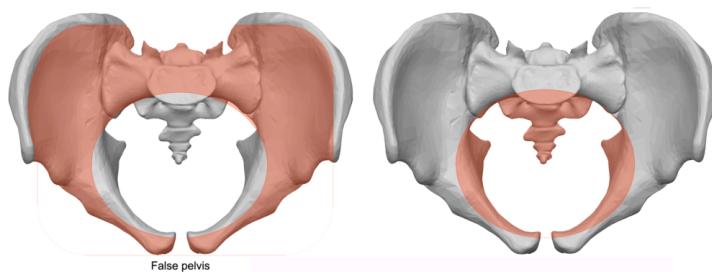
Diámetros pélvicos

Pelvis mayor = falsa

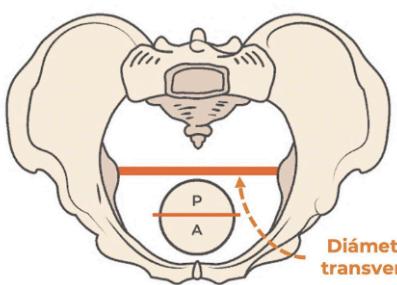
- Oblicuo 11.5-12 cm
- Transverso 12-13.5 cm
- Conjugado diagonal 10.5

Pelvis menor = verdadera

- Anteroposterior (suprapúbico) 9-12 cm
- Transverso interespinoso (biisquiatico) 11 cm



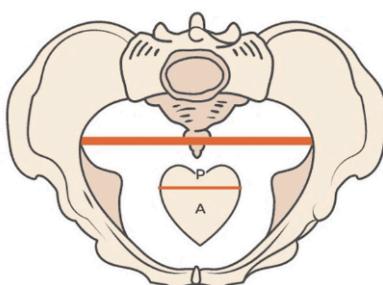
Ginecoide (50%)



Plano de entrada redondeado, áreas similares en la porción anterior y posterior de la pelvis.

La pelvis es ideal para el paso del feto.

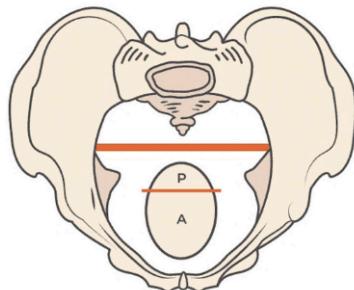
Androide (26%)



Segmento anterior angosto, paredes laterales estrechas y espinas ciáticas prominentes.

Es la de peor pronóstico para parto.

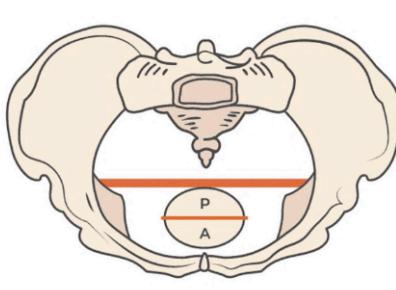
Antropoide (18%)



Diámetro anteroposterior mayor que el diámetro transverso, con pelvis anterior estrecha.

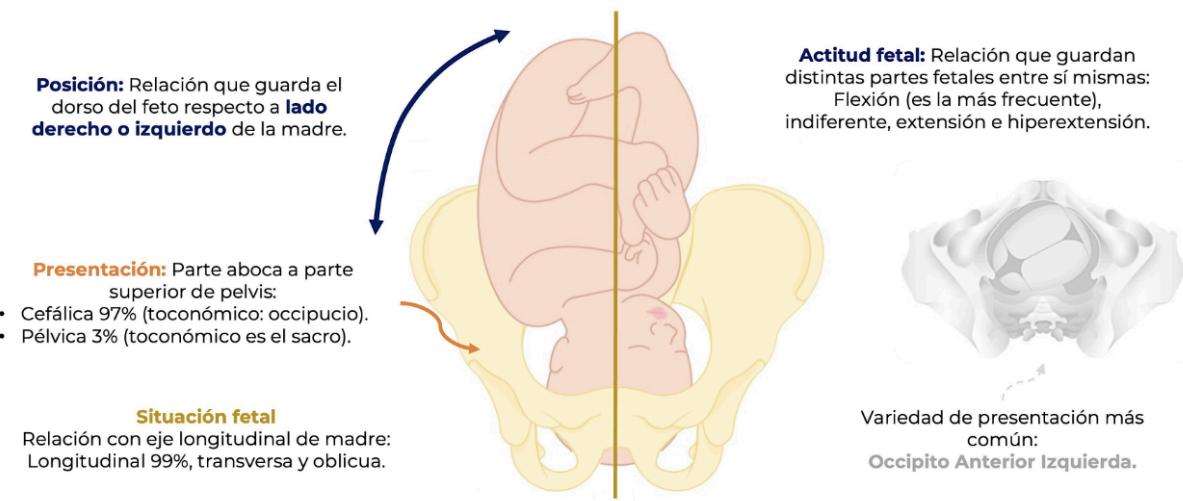
Dificulta el parto, pero tiene pronóstico aceptable.

Platipeloide (5%)



Diámetro transverso amplio y anteroposterior reducido (aplanada).

Es la menos favorable después del tipo androide.



Estaciones de Lee (perpendicular)

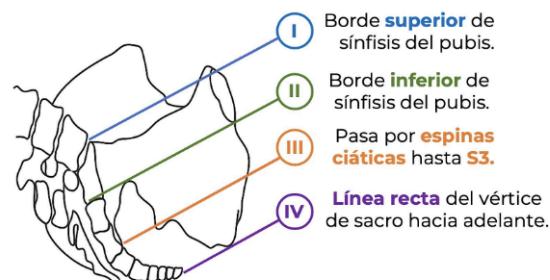
Es una clasificación norteamericana que mide nivel en centímetros del descenso desde el punto más prominente en relación con el nivel de las **espinas ciáticas**.

- Sobre el **nivel de las espinas (-1)**
 - Debajo del descenso **se representa como positivo (+1)**



Planos de Hodge (paralelos)

Es un sistema de evaluación Europeo que divide la pelvis del estrecho superior hasta el inferior, con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal en su paso por el canal.



Atención del parto

Se define a trabajo de parto al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos. Es un proceso natural con un profundo significado cultural y social.

		Estadios					
Estadio 1 Fase Latente		Estadio 1 Fase activa		Estadio 2		Estadio 3	
Definición							
Inicio Contracciones uterinas.	Fin 5 cm de dilatación.	Inicio > 5 cm de dilatación.	Fin Dilatación completa.	Inicio Dilatación completa.	Fin Expulsión del feto.	Inicio Nacimiento fetal.	Fin Expulsión de la placenta.
Función							
Preparación de cérvix.		Dilatación		Nacimiento del producto.		Expulsión de placenta.	
Duración							
Primípara: 20 horas. Mutipara: 14 horas.		Primípara: Dilatación 1.2 cm/h Mutipara: Dilatación 1.5 cm/h		Primípara: 33 min – 2 horas Mutipara: 8.5 min - 1 hora		5 a 30 minutos.	

Parámetro	Tiempo promedio	Percentila 5
Nulíparas		
Duración del trabajo de parto	10.1 hr	25.8 hr
Duración del primer período	9.7 hr	24.7 hr
Duración del segundo período	33.0 min	117.5 min
Duración de la fase latente	6.4 hr	20.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	3.0 cm/hr	1.2 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min
Multipáras		
Duración del trabajo de parto	6.2 hr	19.5 hr
Duración del primer período	8.0 hr	18.8 hr
Duración del segundo período	8.5 min	46.5 min
Duración de la fase latente	4.8 hr	13.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	5.7 cm/hr	1.5 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min

- Vigilar contracciones uterinas cada 30-60 minutos en estadio 1.
- Frecuencia cardíaca fetal (FC) se vigila cada 15 - 30 min en estadio 1 y vigilar cada 5 min en estadio 2.
- Tacto vaginal se debe realizar cada 4 horas en fase activa.

Importante para ENARM



DILATACIÓN

Estadio I

Mujer con embarazo no complicado a término que acude con signos y/o síntomas de trabajo de parto.

¿Presenta > 5 cm de dilatación o complicaciones?

SI

Paciente ingresa a labor

- Monitoreo intermitente de FCF.
- No afeitado del vello púbico.
- No pelvimetría.
- No enema evacuante.
- Explicar técnicas de analgesia disponibles.
- Firmar consentimiento informado.

E

La fase activa del trabajo de parto es un periodo de tiempo que se caracteriza por actividad uterina regular y dolorosa, asociado a modificaciones cervicales. Inicia a los 5 centímetros de dilatación

R

Se recomienda considerar a la fase latente del trabajo de parto como el periodo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas que causan modificaciones cervicales y que incluyen dilatación cervical menor a 5 centímetros.

No

Paciente egresa a su domicilio

Se explica a paciente que acuda en caso de:

- Contracciones efectivas.
- Pérdidas o sangrado transvaginal.
- Disminución de movimientos fetales.
- Síntomas de vasoespasmo.

La nueva GPC recomienda no realizar diagnósticos con patrones de tiempo, sin embargo, siguen **preguntando definiciones de antiguas GPC**.

GPC-IMSS-052-2019

E

La duración del trabajo de parto es un evento extremadamente **variable**, por lo que no se sugiere realizar el diagnóstico de detención del trabajo de parto con base a la evaluación estricta del patrón de dilatación/tiempo. (ver cuadro 1)

E

Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en **2 horas**), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía u oxitócicos.

R

La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de **2 a 5 miliunidades por minuto**.

- **Dilatación estacionaria:** a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.

- **Detención del descenso:** Ausencia de descenso después de 1 hora.

FASE LATENTE

- * Contracciones irregulares
- * Cambios en el cérvix
- * **Dilatación < 5 cm**
- * Borramiento <50%

18 horas nulípara
12 horas multipara

FASE ACTIVA

- * Contracciones regulares 2-4 en 10 minutos
- * **Dilatación > 5cm**
- * Borramiento >50%
8-18 horas nulípara
5-12 horas multipara

1.2 cm de dilatación x hora

YA NO REALIZAR PARTOGRAMA (GPC 2019) pero sí poner en el expediente lo siguiente . . .

- Valorar contracciones uterinas cada 30-60 min
- Tactos c/4 hrs
- FCF c/30-45 min
- Signos vitales cada 2 hrs

CONTROL DEL DOLOR DURANTE TDP >>> aplicar siempre que la paciente lo solicite

- Analgesia epidural espinal con anestesia local y opiáceos

Inducción: Es la **estimulación de contracciones** antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento.

Conducción: Es la estimulación de las contracciones cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto.

Indicaciones para manejo activo para ENARM.

- Único, cefálico, peso < 4000 gr con FCF reactiva con dilatación estacionaria o detención del descenso.
- Corioamnionitis o muerte fetal.**
- Hipertensión en el embarazo (sin datos de severidad).
- Ruptura prematura de membranas o embarazo postérmino.
- Enfermedades maternas: Diabetes mellitus, enfermedad renal, enfermedad pulmonar crónica y antifosfolípidos.
- Compromiso fetal:** Restricción severa del crecimiento fetal, isoinmunización y oligohidramnios.

Contraindicaciones para manejo activo (realizar cesárea)

- Vasa previa o placenta previa completa.
- Posición fetal pélvica, transversa o nalgas.**
- Prolapso de cordón umbilical.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Antecedente de cirugía uterina mayor o **cesárea clásica**.
- Miomectomía previa que penetró cavidad endometrial.
- Antecedente de ruptura uterina previa.

Las condiciones cervicales son un factor clave para la inducción del trabajo de parto, es muy importante aprender Bishop.

R

Las indicaciones para la inducción del trabajo de parto no son absolutas sino que deben tener en cuenta las condiciones maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello uterino y otros factores.

R

Si el cérvix es desfavorable, según la escala de Bishop (≤ 6), la maduración cervical debe considerarse antes de inducir el trabajo de parto.

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-60	60-70	80+
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Blanda	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1/0	+1/+2

- Dilatación cervical: apertura del cuello del útero, medida de 0 a 10 centímetros.
- Borramiento: adelgazamiento del cérvix o cuello uterino que suele medir alrededor de 3 centímetros.
- Consistencia: rígido (firme), medianamente blando (intermedia), blando.
- Posición: la posición del cuello del útero es bastante posterior al punto medio de la vagina.
- Altura de la cabeza: altura de la presentación de la cabeza del feto respecto de las espinas ciáticas.

BISHOP < 6 Inducción

PGE2
(Dinoprostona) 2
dosis c/6 hrs

Muerte fetal: PGE1
(misoprostol)

BISHOP ≥ 6 Conducción

Dilución 10 UI en 1000 ml sol isotónica
Oxitocina 0.5-2 mU/min con incremento de
1-2 mU/min cada 30-60 min Dmax 20 mU

- Oxitocina: De elección para conducción (1-2 mU/min) del trabajo de parto y es de segunda elección para inducción.
- Análogos prostaglandina E2 (dinoprostona): Es de primera elección para inducción o maduración cervical.
- Análogos prostaglandina E1 (misoprostol): Debe ser usado sólo como método de inducción del trabajo de parto en mujeres que tengan muerte fetal intrauterina. Contraindicado en cesárea previa por riesgo de ruptura uterina.



- Maniobra de hamilton: El despegamiento de las membranas induce liberación prostaglandinas, indicada a las 40 – 41 SDG.
- La amniotomía no debe ser usada como método primario para inducir el trabajo de parto, a menos que haya razones clínicas específicas que contraindiquen el uso de prostaglandinas E2, en particular el riesgo de hiperestimulación uterina.
- Los procedimientos mecánicos (sonda Foley) no deben ser usados de rutina para la inducción del trabajo de parto.

¿Presenta una indicación de manejo activo (inducción o conducción) del parto?

Evaluar con Bishop y registro cardiotocográfico.

Bishop < 5 puntos.
Iniciar con algún método farmacológico o mecánico para **maduración cervical**.

Bishop > 6 puntos.
Iniciar con **Oxitocina** a 0.5 mU/min incrementando hasta llegar a 1 a 2 mU/min.

R

Las prostaglandinas E2 son el método recomendado para la inducción del trabajo de parto, a menos que haya razones clínicas específicas para no usarlas (en particular, el riesgo de hiperestimulación uterina);

R

Una sonda Foley se puede usar de forma segura para madurar el cérvix en mujeres en quienes se planea una inducción de trabajo de parto después de cesárea previa.

En caso de fallar la inducción se puede volver a inducir (depende de clínica) o realizar cesárea.

EXPULSIÓN

Pinzamiento tardío > 60 seg
Mejora niveles de hierro



Se considera periodo expulsivo prolongado:

- Nulípara:** Si dura más de 2 horas sin anestesia regional o más de 3 horas con anestesia regional.
- Mutípara:** Si dura más de 1 hora sin anestesia regional y más de 2 horas con anestesia regional.



Manejo en expulsivo (estadio II) patológico.

Paciente con periodo expulsivo prolongado:

- Realizar un parto instrumentado.
- Realizar cesárea.

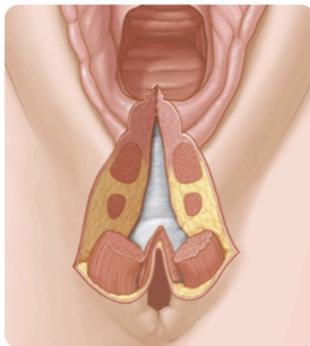
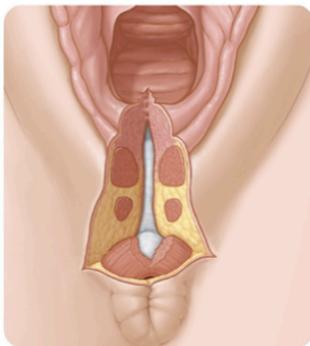
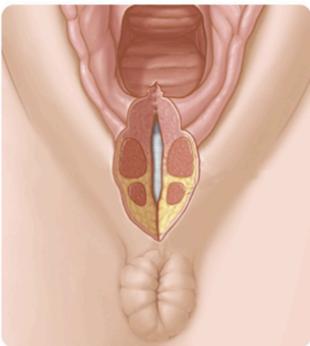
Paciente con sufrimiento Fetal (< 110 o > 160 FCF):

- Realizar registro cardiotocográfico.
- Valorar cesárea o instrumentado.

COMPLICACIONES

- Infección >> abrir herida, quitar sutura, desbridamiento, dar **antibiótico** y limpieza 2 veces al día
- Desgarro o dehiscencia >> sutura de nuevo si no hay infección sólo en grado 2-4
- Hematoma >> AINE

Clasificación de desgarros perineales por Sultan



Grado I

Solo daño en piel

Grado II

Daño a músculos perineales,
sin daño a esfínter anal.

Grado III

Daño a esfínter anal externo.
• 3 a: Afectación < 50%.
• 3 b: Afectación > 50%.
• 3 C: Desgarro de esfínter anal interno.

Grado IV

Daño al perineo involucrando esfínter anal completo y del epitelio anal.

Afrontar los bordes

Puntos continuos

Puntos separados o interrumpidos

Puntos separados o interrumpidos

Cefalosporina y Metronidazol si hubo contaminación fecal + Laxantes

Estadio II

Movimientos cardinales

1. Encajamiento.
2. Descenso.
3. Flexión.
4. Rotación interna.
5. Extensión.
6. Rotación externa.
7. Expulsión.

Encajamiento



Acomodación del eje mayor de la presentación en coincidencia con el diámetro pélvico más favorable.

Descenso



Traslado del feto a los planos más bajos del conducto del parto por acción de la presión uterina.

Flexión



Reducción de los diámetros de la presentación con el mecanismo de palanca del occipucio.

Rotación interna



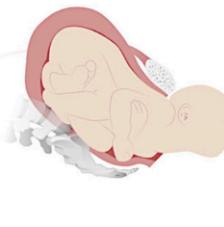
Giro de 45° a la derecha el cual el occipucio llega a la sínfisis del pubis.

Extensión



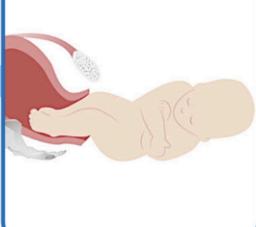
Avance de la cabeza para su salida, con la sínfisis del pubis como punto de apoyo para la extensión.

Rotación externa



Descenso de los hombros con rotación del hombro derecho hacia delante, rotación de la cabeza ya nacida en 45°.

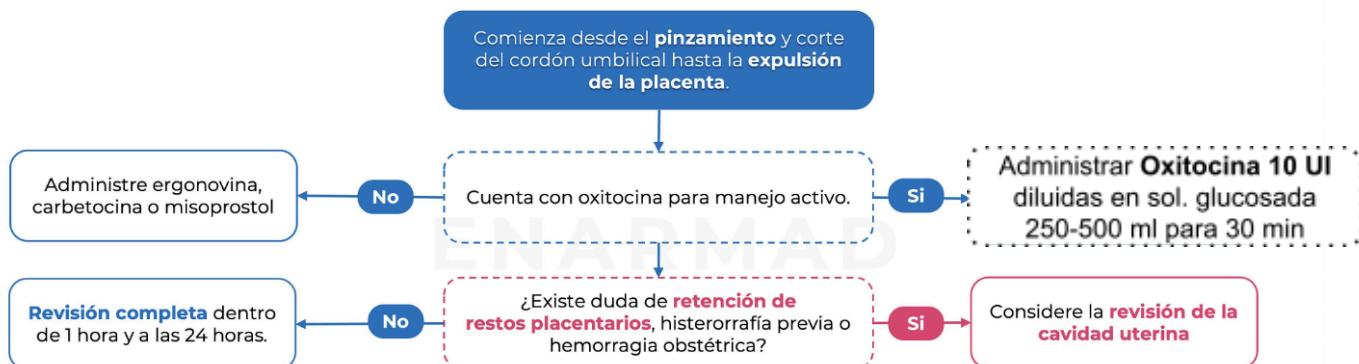
Expulsión



Después liberar hombros, el resto del cuerpo nace sin dificultad.

ALUMBRAMIENTO

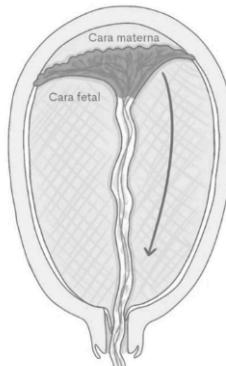
Estadio III



Tipos de alumbramiento:

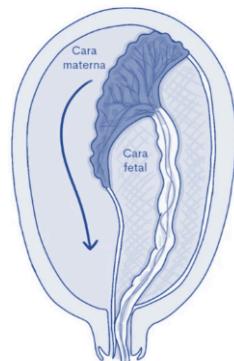
Baudelocque - Schultze

- Representa el **80% de alumbramientos**.
- El desprendimiento comienza por el centro.
- Hematoma retroplacentario central.
- Expulsada presentando **cara fetal** y después de la salida aparece el sangrado.



Baudelocque - Duncan

- Representa el **20% de alumbramientos**.
- El desprendimiento comienza por un borde.
- Sangrado previo a la expulsión.
- Expulsada presentando **cara materna**.



Iniciar lactancia en la primera hora de vida

Operación cesárea

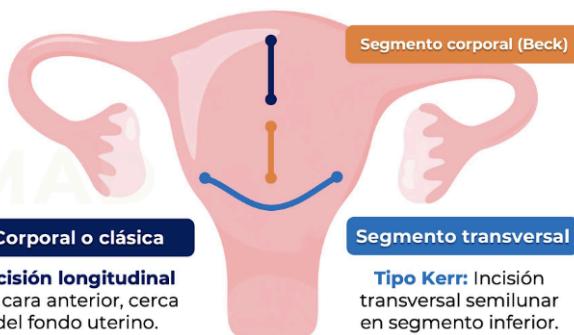
Se define cesárea como el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y anexos ovulares son extraídos después de la semana 28 de gestación con una incisión en el abdomen y el útero. La incisión tipo Kerr es la más frecuente.

Epidemiología

- En México más del 50% de nacimientos son por vía cesárea, sin embargo, la OMS establece que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor de 10-15%.
- Indicaciones más frecuentes de cesárea: Desproporcióncefalopélvica, cesárea previa, RPM y presentación pélvica.

E

Programar interrupción del embarazo por vía abdominal realizando histerotomía corporal, anterior o fúnica, NUNCA a nivel de la placenta (TIPO KERR) en pacientes con placenta previa y acrotismo placentario.



Complicaciones de cesárea en segmento uterino anterior es la **endometritis puerperal**

Periodo intergenésico corto: Cuando el periodo entre cesárea y siguiente parto es de < 18 meses (tasa de ruptura uterina: 4.8%).

Indicaciones absolutas de operación cesárea

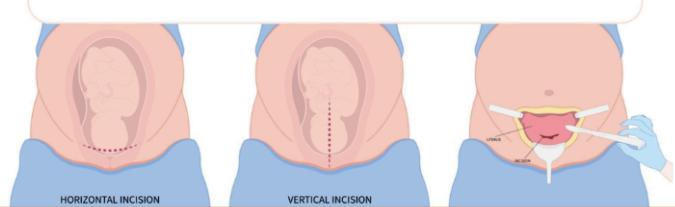
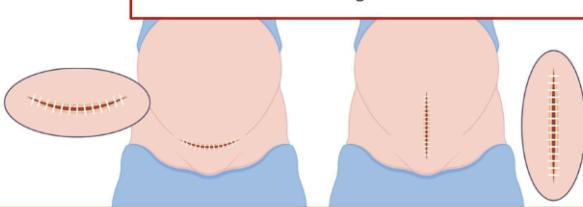
- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal)
- Condilomas vulvares grandes

Se debe contraindicar el parto vaginal en: Cesárea previa clásica, cirugía previa transfundida, ruptura uterina previa, antecedente de dos o más cesáreas previas.

Cesárea iterativa se define como la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.

Tratamiento

- Profilaxis antibiótica previa cesárea es con ampicilina (2 gr) o cefalosporina de primera generación (cefaltotina 2 gr).
- Las heridas quirúrgicas infectadas son causadas por S. Epidermidis (30 %) dar tratamiento con dicloxacilina.



Cuando sea cesárea iterativa siempre se debe programar el próximo embarazo a las **39 sdg** sin TdeP



PUNTOS CLAVE

Programar a las 39 SDG

¿Dar parto?

→ Sin contraindicaciones obtétricas Embarazo **de término y 1 cesárea previa, analgesia epidural**

Contraindicado

→ Antecedente de cesárea clásica en "T", cirugías fúndicas previas, Ruptura uterina. Antecedente de 2 o más cesáreas previas, anomalías de insercción placentaria, feto pélvico > 3,500 gr.

Bajas probabilidades de parto vaginal

→ Inducción del trabajo de parto, **obesidad materna, edad mayor de 40 años, peso fetal > 4000gr**

- Lavado vaginal (reducción endometritis)
- Piel: Incisión pfannenstiel / Joel Cohen

Método de cierre

→ **Neonatales: Taquipnea trasnitoria del recién nacido**
Maternas: Endometritis puerperal, Hematoma, hemorragia activa, infección del sitio de herida quirúrgica.

Complicaciones

ENARM 2023

DISTOCIA DE HOMBROS



Maniobra de McRoberts

FACTORES DE RIESGO

- Embarazo prolongado
- DM
- Obesidad materna
- Parto instrumentado
- Feto de > 4,000 gr
- TP prolongado

"Evaluate episiotomy" Evaluar episiotomía para facilitar maniobras internas.

"LEGS" (Piernas) Maniobra de McRoberts: hiperflexión y abducción de las caderas, es eficaz hasta en un 90%.

Maniobras de último recurso: Fractura deliberada de la clavícula fetal, **Maniobra de Zavanelli** (reintroducción de la cabeza fetal y extracción mediante cesárea) e **histerotomía** (manipulación superior de los hombros).