

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



TEMA: PARTO PELVICO

PRESENTA
D.A. CECILIA ZAMORANO

Definición

- Presentación pélvica ocurre cuando la pelvis fetal o las extremidades inferiores se encajan en la pelvis materna verdadera



Frecuencia

- 3-4 % en general

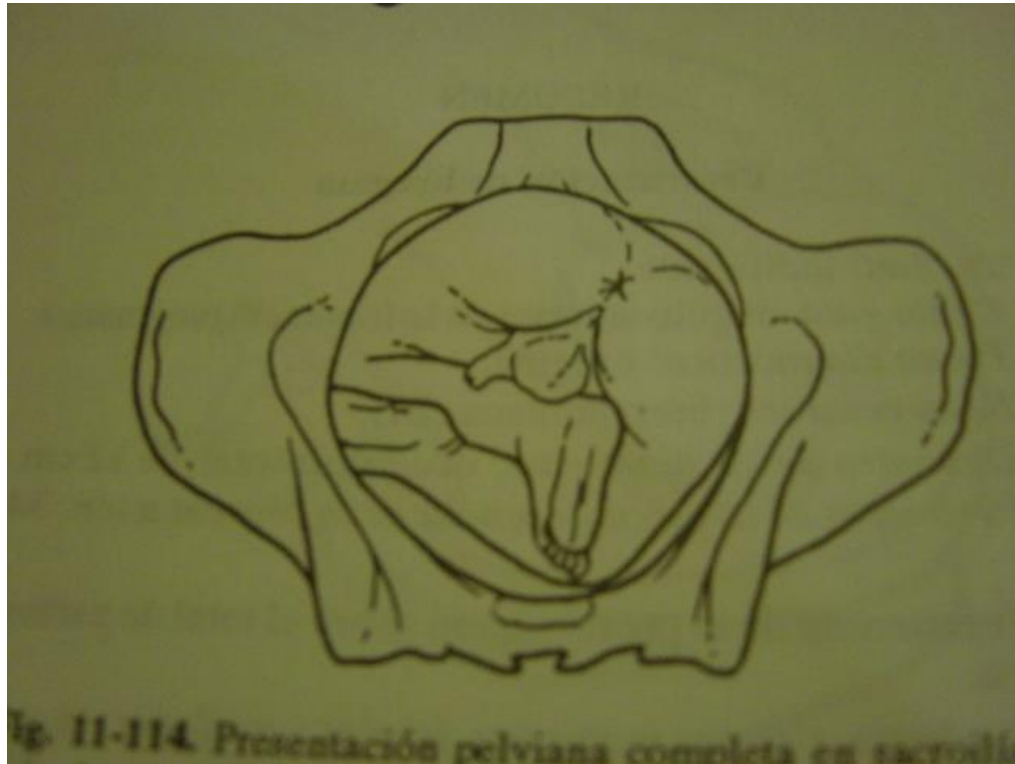


Variedades de presentación pélvica de acuerdo a la actitud

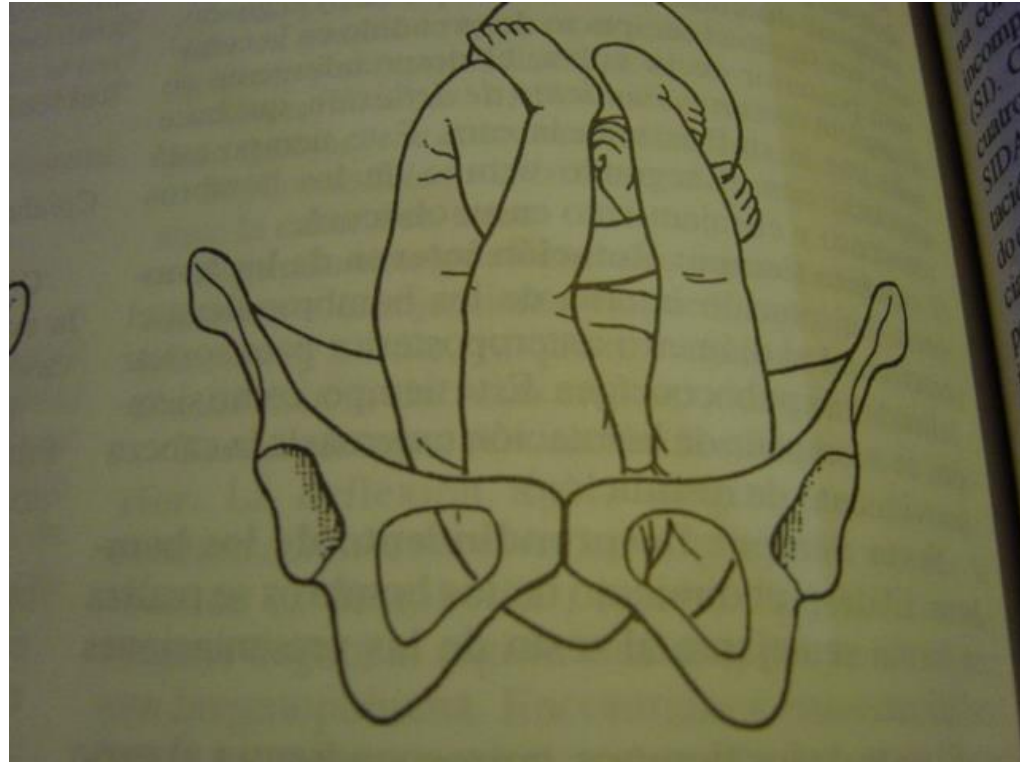
- Completo
- Incompleto
- Franco de nalgas



Pélvico completo



Pélvico franco de nalgas



Variedades de posición

- El punto diagnóstico y el punto guía son los mismos: cresta coccisacra
- Se toma como referencia el sacro fetal y su relación con la pelvis materna
- Se reconocen 8 posibles variedades de posición

Punto guía y de diagnóstico



Variedades de posición

- Sacro anterior
- Sacro posterior
- Sacro transversa izquierda
- Sacro transversa derecha
- Sacro anterior izquierda
- Sacro posterior izquierda
- Sacro anterior derecha
- Sacro posterior derecha

Causas maternas

- Multiparidad
- Tumores uterinos
- Malformaciones uterinas
- Desproporción céfalo pélvica

Causas fetales

- Gemelaridad
- Prematuridad (antes 28 semanas)
- Pequeñez fetal
- Malformaciones fetales

Causas ovulares

- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Placentación anormal
- Cordón corto

Malformaciones fetales

- 6% de los productos pélvicos traen alguna malformación:
 1. Luxación congénita de cadera
 2. Hidrocefalia
 3. Anencefalia
 4. Disautomias familiares
 5. Espina bífida
 6. Mielomeningocele
 7. Trisomias: 21, 13 y 18

Diagnostico

- Palpación y peloteo
- Examen pélvico
- Ultrasonido
- Rayos X

Manejo

- Anteparto
- Durante la labor
 1. Exploración
 2. Monitoreo fetal
 3. Oxitocina

Criterios para parto vaginal

- Presentación franca de nalgas
- Mayor o igual a 34 semanas de gestación
- PFE: 2000-3500 grs
- Cabeza fetal flexionada
- Pelvis materna adecuada
- No otras contraindicaciones para parto vaginal

Criterios para parto vaginal

- Feto previsible (< 25 semanas o 700 grs)
- Anomalías congénitas letales
- Labor de parto avanzada en ausencia de sufrimiento fetal o materno aún con parto por cesárea originalmente planeado

Criterios para parto por cesárea

- Labor disfuncional
- Primigesta añosa
- Historia de infertilidad
- Historia obstétrica pobre
- Fetos de entre 25-34 semanas
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal
- Presentación incompleta (de pies)

Incidencia de presentación pélvica según peso y EG

Peso (grs)	Edad gestac	Incidencia %
1000	28	35
1000-1499	28-32	25
1500-1999	32-34	20
2000-2499	34-36	08
2500	36	2-3
Todos los pesos		3-4

Riesgos de un parto vaginal

- Mortalidad (3-5 veces mayor)
- Asfixia (3.8 veces mayor)
- Prolapso de cordón (5-20 veces mayor)
- Trauma en el parto (13 veces mayor)
- Daño de la columna vertebral (21% de los casos en el que el producto está deflexionado)

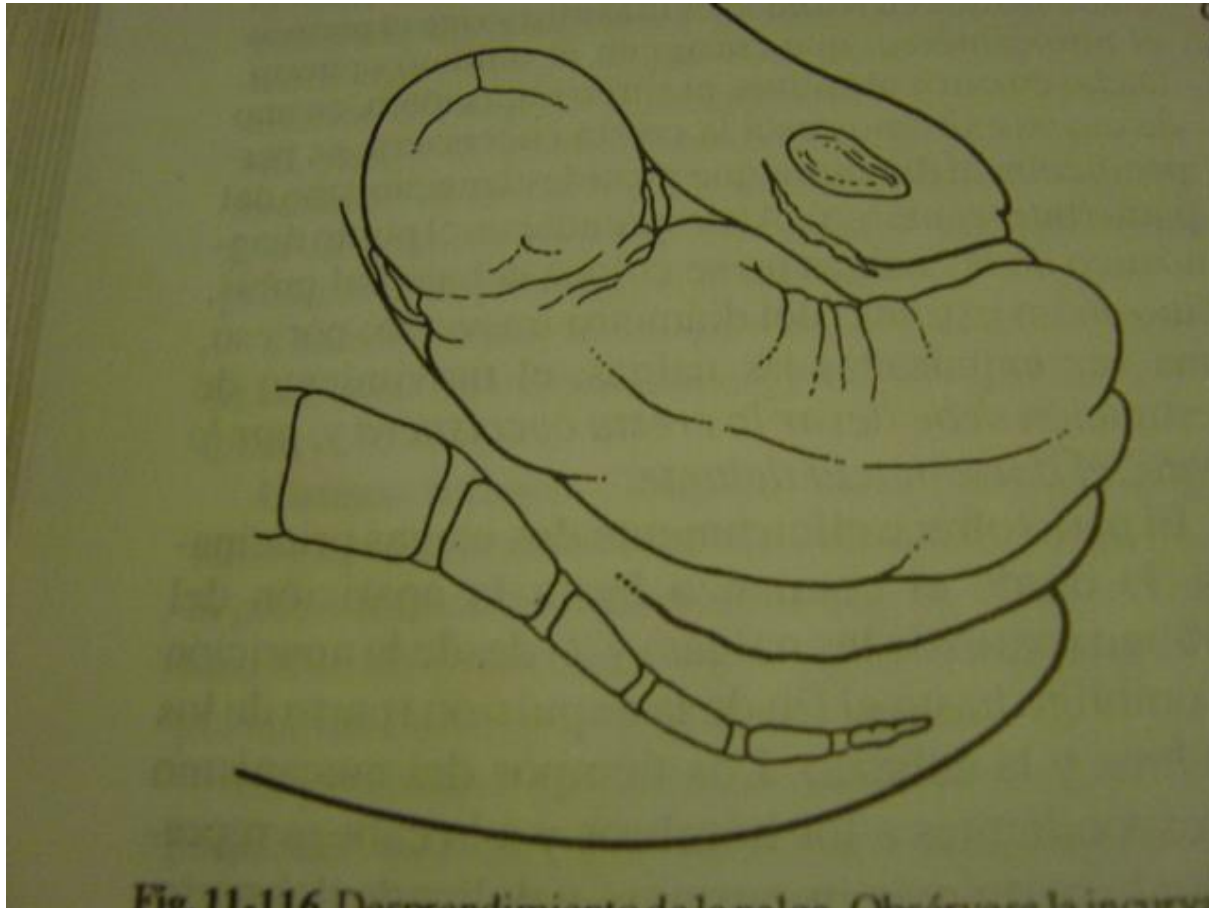
Mecanismo de parto Nalga

- Acomodación al estrecho superior
 1. Por orientación del bitrocantéreo
 2. Por aminoramiento por compresión
- Descenso y encajamiento por simple progresión

Mecanismo de parto Nalga

- Acomodación al estrecho inferior
- . Por rotación: la nalga anterior rota 45 grados
- Desprendimiento
- La cadera anterior se apoya en el subpubis y el tronco se incurva lateralmente

Mecanismo de parto. Nalga

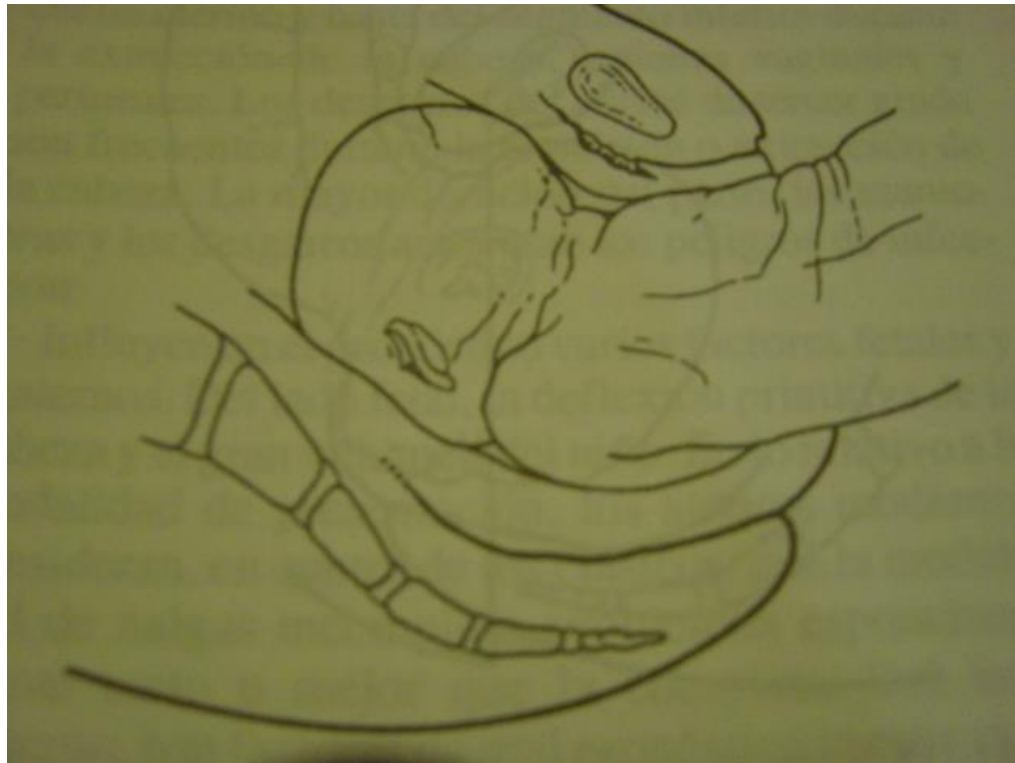


Mecanismo de parto

Hombros

- Acomodación al estrecho superior
- En el mismo oblicuo que el bitrocantéreo
- Descenso y encajamiento
- Acomodación al estrecho inferior
- Por rotación del biacromial al anteroposterior
- Desprendimiento de los hombros. Aparece primero el hombro anterior

Mecanismo de parto. Hombros



Mecanismo de parto

Cabeza

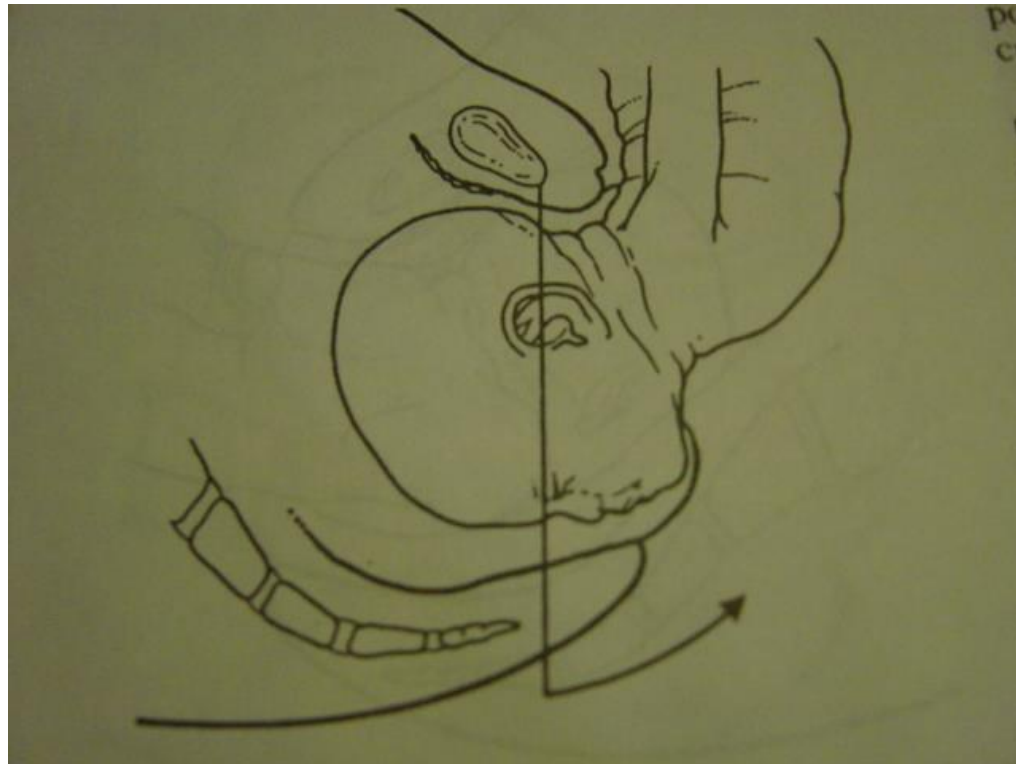
- Acomodación al estrecho superior
 1. El diametro suboccipitofrontal se orienta en el otro oblicuo que eligieron nalgas y hombros
 2. Sucede concomitantemente con la acomodación al estrecho inferior de los hombros

Mecanismo de parto

Cabeza

- Descenso y encajamiento de la Cabeza
 1. Sucede concomitantemente con el desprendimiento de los hombros
- Acomodación de la cabeza al estrecho inferior por rotación interna
- Desprendimiento de la cabeza por flexión
 1. El punto de apoyo es el occipucio

Mecanismo de parto. Cabeza



Conducta



Conducta durante el parto

- Se vigilará el período de dilatación
- Se respetará la integridad de las membranas hasta la dilatación completa
- El período expulsivo se distinguen dos etapas

Conducta durante el parto

- En la primera se coloca a la parturienta al borde y se sostiene el feto con compresas tibias
- Se espera un tiempo prudencial
- Se realiza asa del cordón
- La segunda fase comienza con la salida del ángulo de la escápula

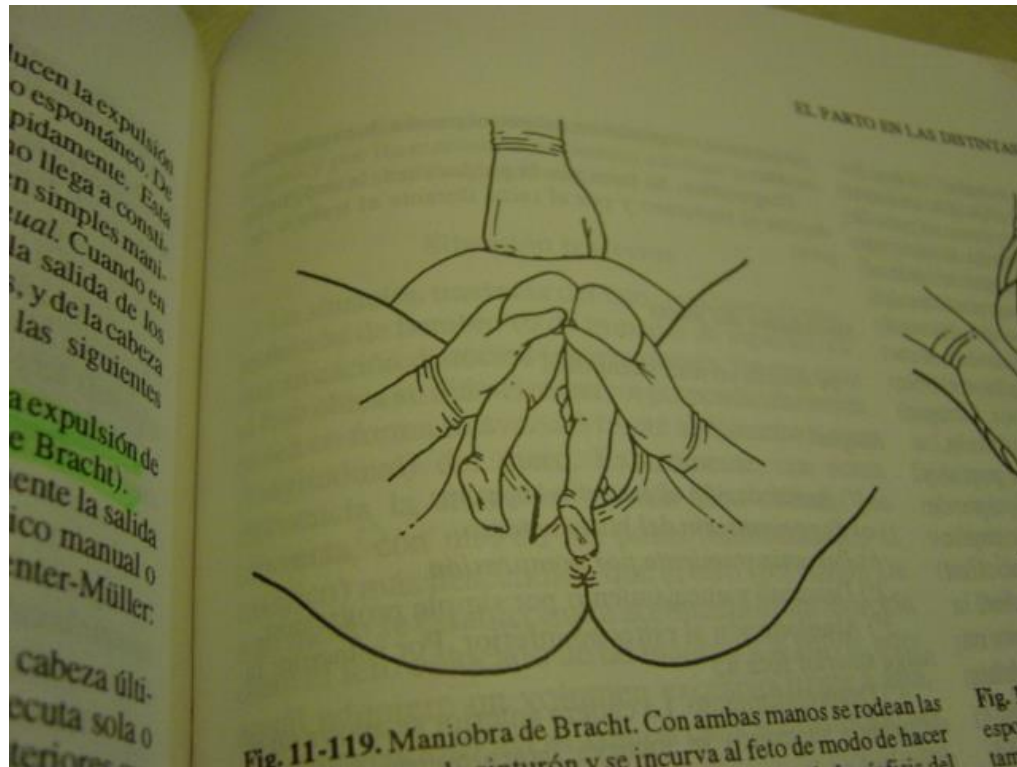
Conducta durante el parto

- Si progresa se esperan aproximadamente dos minutos en los que se deben expulsar por si solos los hombros y a veces los hombros y la cabeza (parto espontáneo)
- Si no se recurre a la ayuda manual que consiste en varias maniobras

Maniobras

- Expulsión de brazos y cabeza
 1. Bracht
- Liberación de los hombros
 1. Desprendimiento manual de Pajot
 2. Maniobra de Deventer-Müller
 3. Maniobra de Rojas
- Extracción de cabeza última
 1. Maniobra de Mauriceau-Smellie-Veit

Maniobra de Bracht



lucen la expulsión
o espontáneo. De
pidamente. Esta
no llega a consti-
n simples mani-
ual. Cuando en
la salida de los
s, y de la cabeza
las siguientes

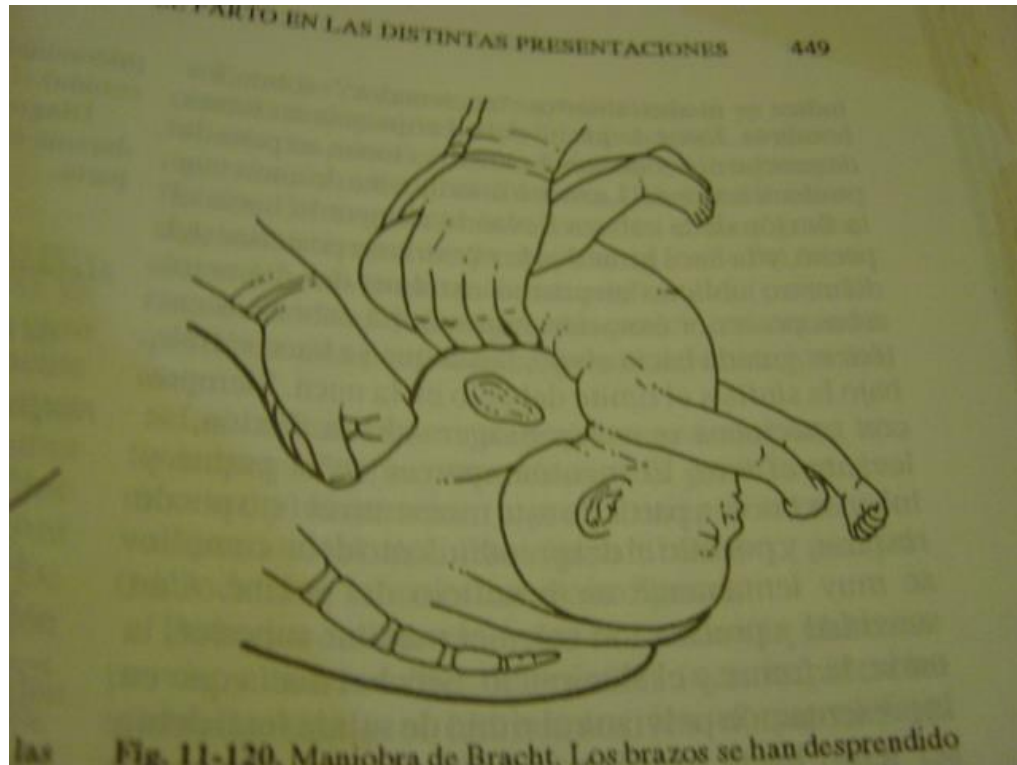
a expulsión de
e Bracht).
ente la salida
ico manual o
nter-Müller.

cabeza últi-
ecuta sola o
teriores

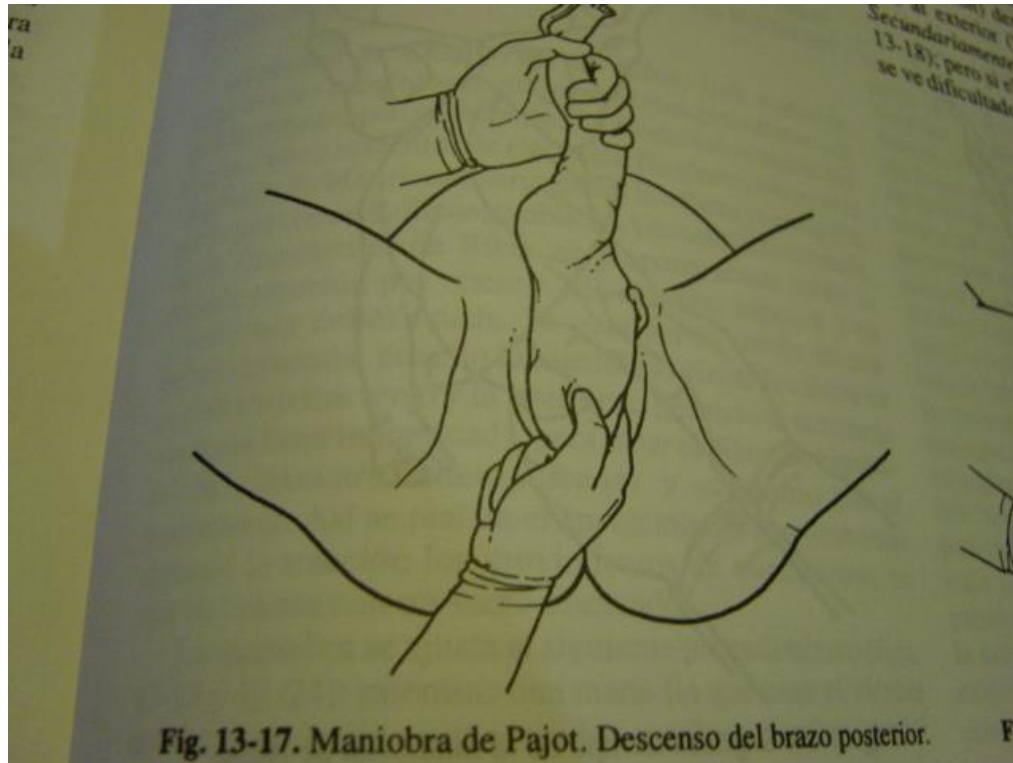
EL PARTO EN LAS DISTINTAS

Fig. 1
espor
tam

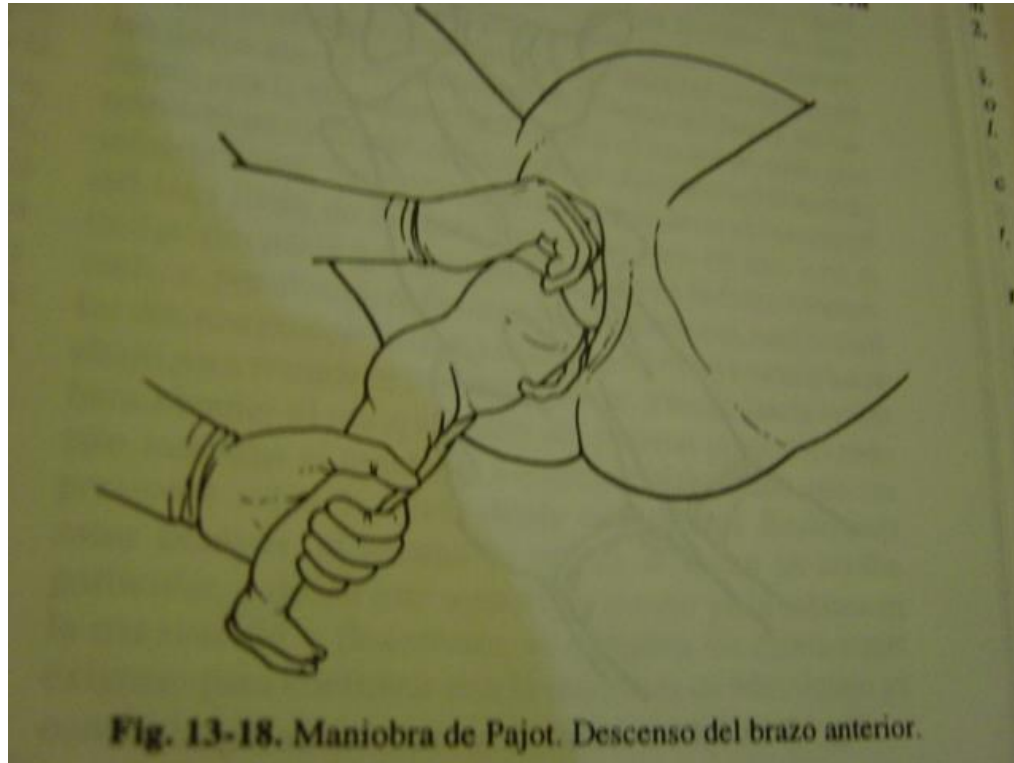
Maniobra de Bracht



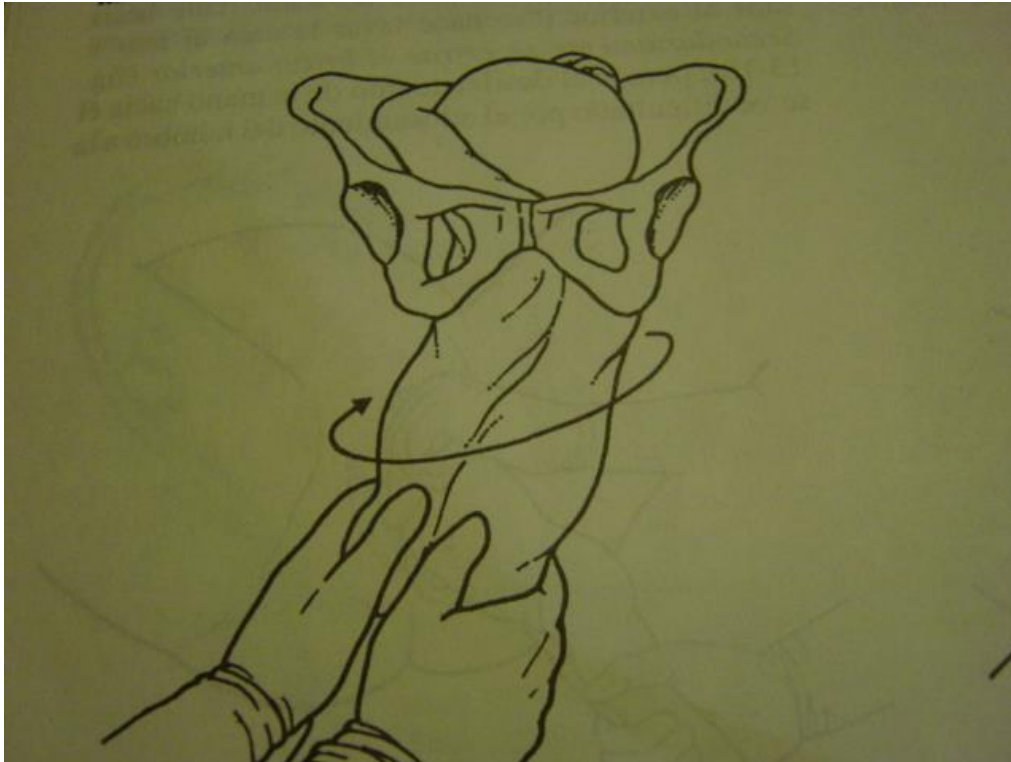
Desprendimiento manual de Pajot



Maniobra de Pajot



Maniobra de Rojas



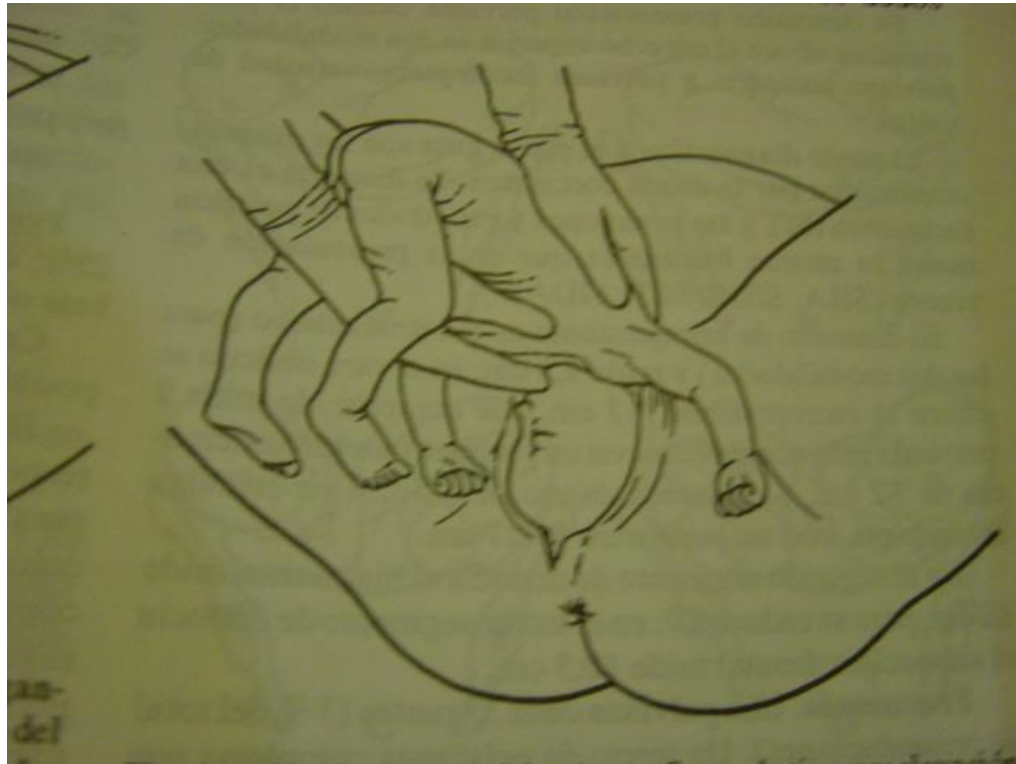
Maniobra de Rojas



Maniobra de Mauriceau



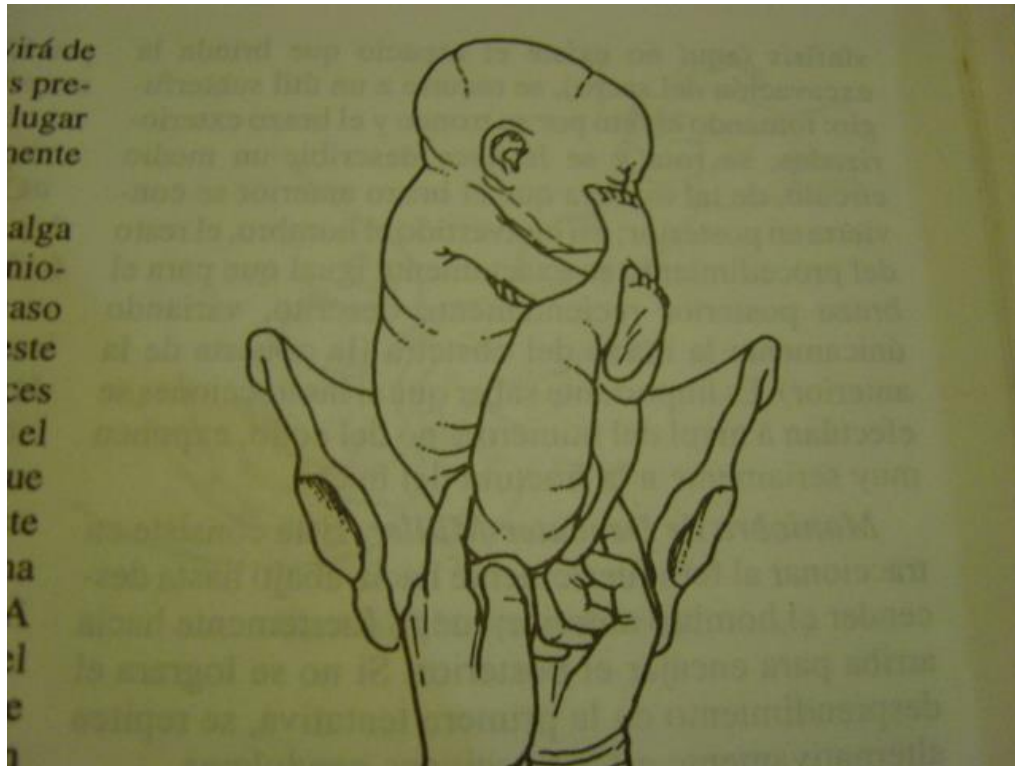
Maniobra de Maurieceau



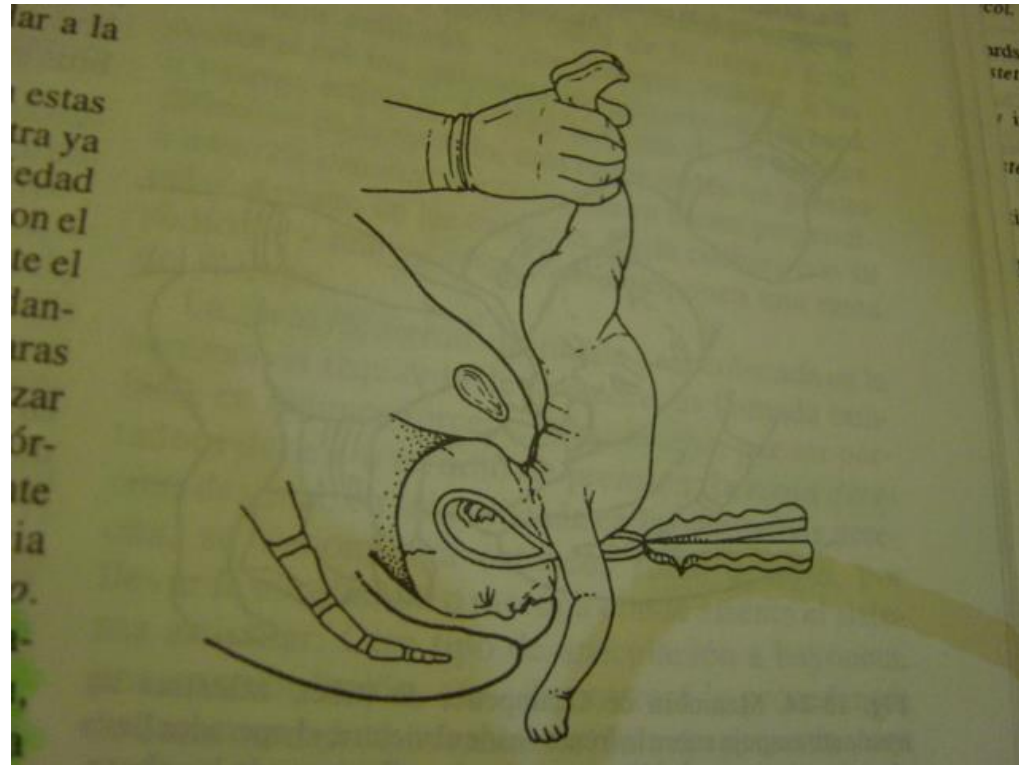
Maniobras

- Si la maniobra de Mauriceau resulta difícil, en vez de emplear fuerza es mejor utilizar el fórceps (Piper), que siempre debe estar preparado para tal evento

Maniobra para franco de nalgas



Fórceps Piper



Atrapamiento de cabeza

- Incisión de Dürssen's: posiciones 2, 6 y 10 del reloj
- Cefalocentesis
 1. cuando el feto no es viable
 2. El procedimiento se realiza en la base del cráneo, succionando todo su contenido

Bibliografía

- Current Obstetric & Gynecologic. Diagnosis & Treatment. Ninth edition. 2003.
- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. Second edition. 2002.
- Obstetricia Schwarcz. Quinta edici[on. 1995.

Preguntas ?

PUEDE VENIR EN EL EXAMEN

