

Maniobras Obstétricas

“Maniobras Obstétricas durante la atención del Parto”

Se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la madre. El uso de la **maniobra** de Kristeller no significa que algo vaya mal en el proceso, sino que es una ayuda más para el parto.

Tipos de maniobras:

- **Primera Maniobra:** SITUACIÓN (Longitudinal, transversa, Oblicua) Su objetivo es identificar el POLO FETAL en que **se** encuentra el fondo uterino. Segunda **Maniobra:** POSICIÓN (Dorso derecho, dorso izquierdo) Objetivo Valorar la relación entre el dorso del feto y el flanco materno.
- **Segunda Maniobra:** El objetivo de esta **maniobra** es colocar los hombros en un diámetro más oblicuo o rotar 180º el hombro posterior para convertirlo en anterior y conseguir de esta manera la desimpactación del hombro anterior.
- **Mutación:** Es la manipulación necesaria para corregir la presentación, posición y actitud del feto que se presenten de manera anormal estorbando la evolución fisiológica del mismo. **Para hacer la mutación, es necesario que haya espacio dentro del útero.** Hay varios tipos de mutación, comenzando por la **repulsión**, que consiste en empujar al feto hacia la cavidad uterina y puede ser manual o instrumental, con muleta o cadenas. también están la **rectificación**, que busca corregir las flexiones de las extremidades fetales; la **rotación**, que es el cambio de ubicación del feto para que pase por el canal del parto y siga la línea de conducción; y el **rechazamiento**, que se usa cuando el feto encajado en la pelvis no puede adelantar en el canal del parto.
- **Tracción forzada:** Este auxilio obstétrico está indicado en las siguientes condiciones: cuando hay un disturbio en el parto o el feto es grande, cuando el canal obstétrico permite el paso con tracción o cuando han disminuido las contracciones en fuerza e intensidad.
- **Episiotomía:** Se utiliza como medida preventiva para evitar o reducir al mínimo el desgarre incontrolable de la vulva y del perineo. Está indicada principalmente en primíparas cuando la distocia está causada por dilatación incompleta de la vulva o la cabeza del becerro es muy grande. También se usa cuando hay una ruptura prematura de bolsas fetales o en actitudes anormales del feto vivo. De no llevarse a cabo la episiotomía, se corre el riesgo de que ocurra un desgarro en los labios vulvares.
- **Fetotomía:** Comprende todas las intervenciones operatorias cruentas encaminadas a disminuir el volumen del feto dentro del cuerpo de la madre, realizando secciones para facilitar su extracción. **Se efectúa en casos de estrechez pélvica o volumen excesivo de la cría, y en general cuando ya está muerta.** Se divide en **parcial**, cuando la dificultad se puede resolver amputando solo determinada parte del cuerpo, o **total**, cuando el cuerpo es tan voluminoso

debido a alguna alteración patológica. En este caso, cuando hay pocas probabilidades de éxito, es posible que el sacrificio de la madre sea necesario.

- **Cesárea:** Esta puede ser preferible a la fetotomía en casos de debilidad general y distocia prolongada, aun incluso cuando la cría esté muerta. Sus ventajas radican en la posible supervivencia del feto, es un procedimiento más rápido o la fetotomía no se puede realizar.

Las indicaciones incluyen tamaño excesivo del feto, inmadurez de la hembra, estrechez relativa o absoluta del canal pelviano o en programas reproductivos de animales valiosos para reducir riesgos. Algunas de las contraindicaciones para realizar la cesárea van desde una mala condición corporal de la madre, que el feto sea enfisematoso, que haya presencia de infecciones generalizadas en la madre, y que haya ruptura o putrefacción del útero.