



ACUMBRAMIENTO

ALUMBRAMIENTO

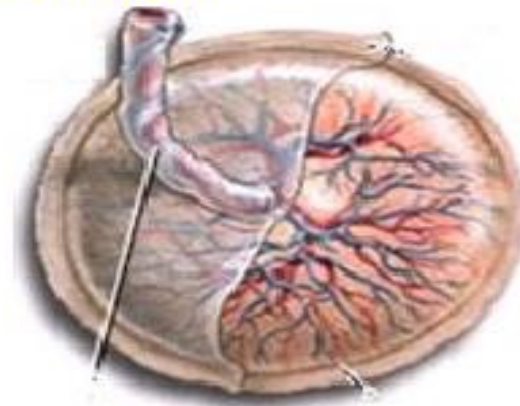
El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales.

Periodo del parto que tiene por objetivo DESPRENDER, DESCENDER y EXPULSAR tanto la placenta como la membrana y cordón.

PLACENTA

Forma	Discoide o torta
tamaño	15 a 25 cm de diámetro
espesor	2 a 3 cm. Grueso central y delgado en la periferia
peso	400 a 600 gr
Consistencia	blando
Caras	Fetal Materna
Bordes	Circunferencial

CARA FETAL

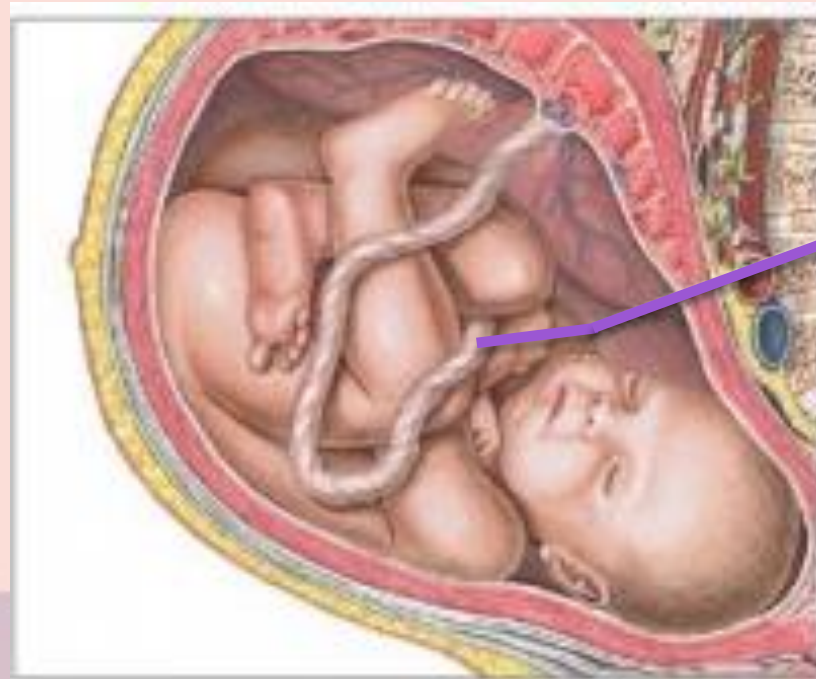


CARA MATERNA



CORDÓN UMBILICAL

Es el cordón que une al feto a la placenta y a través de él intercambia sustancias nutritivas así como sangre rica en oxígeno. El cordón umbilical se mantiene durante toda la gestación hasta el momento del nacimiento, en el que se corta y deja una cicatriz permanente, el ombligo.



- Mide aproximadamente 30 a 60 cm . (rotura cordón, hematomas, presentaciones podálicas y transversas, DPPNI e inversión uterina- espirales, torsiones, circulares, nudos y prolapso).
- Arterias umbilicales y única vena.

ALTERACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL

PROLAPSO DEL CORDÓN: En ocasiones el cordón umbilical sale del útero antes que el bebé, limitando el oxígeno y nutrientes que está suministrando hasta el momento del nacimiento y el corte. en estos casos, se recomienda llevar a cabo una cesárea.

ENROSCAMIENTO (CIRCULAR) DEL CORDÓN: el cordón puede quedarse enrollando en alguna parte del cuerpo del feto mientras este se gesta en el útero.

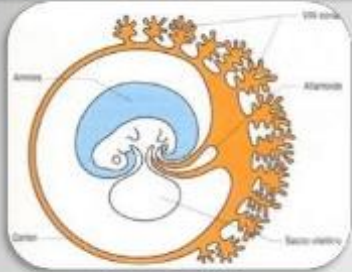


MEMBRANAS OVULARES

Las membranas ovulares están compuestas por:

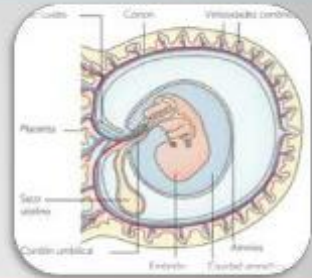
El amnios

una lámina interna consistente en una sola capa de células



El corion

Otra externa formada con 3 ó 4 capas



Las 2 capas actúan conjuntamente ofreciendo una mayor resistencia de la que tendrían individualmente pero con cierta elasticidad.

DURANTE EL DESPRENDIMIENTO DE LAS MEMBRANAS ESTAS ACOMPAÑAN A LA PLACENTA Y SIEMPRE SON EXPULSADAS JUNTAS Y PLEGADAS.

- SI VIENEN SEPRADASAS → INTERVENCION PREMATURA DEL MEDICO QU EHA DESCENCADENADO DESPRENDIEMINETO DESIGUAL CON RIESGO DE RETENCION PARCAIL.

ACUMBRAMIENTO NORMAL

Es el proceso en que se da la expulsión de la placenta sin ninguna intervención medica.

Se presenta un sangrado menor a los 500 ml en un parto vaginal y 1000 ml en cesárea.

placenta en l'úter immediatament després del part



Expulsió de la placenta



DURACION

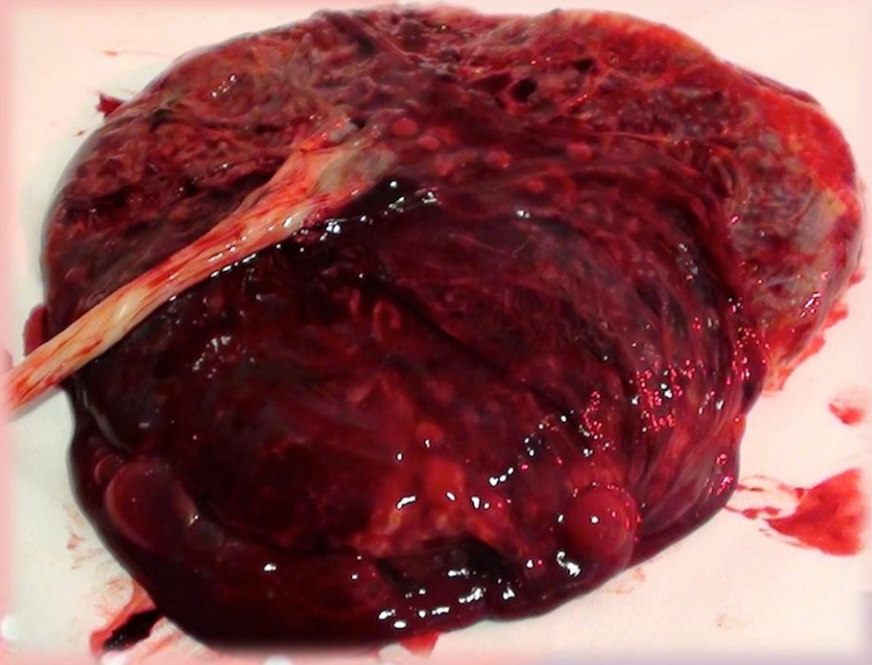
Normal: hasta 10 minutos

Prolongado: 10 a 30 minutos

Retención placentaria: mas de 30 minutos



ETAPAS



Reposo clínico

Desprendimiento

Descenso

Expulsión

DESPRENDIMIENTO

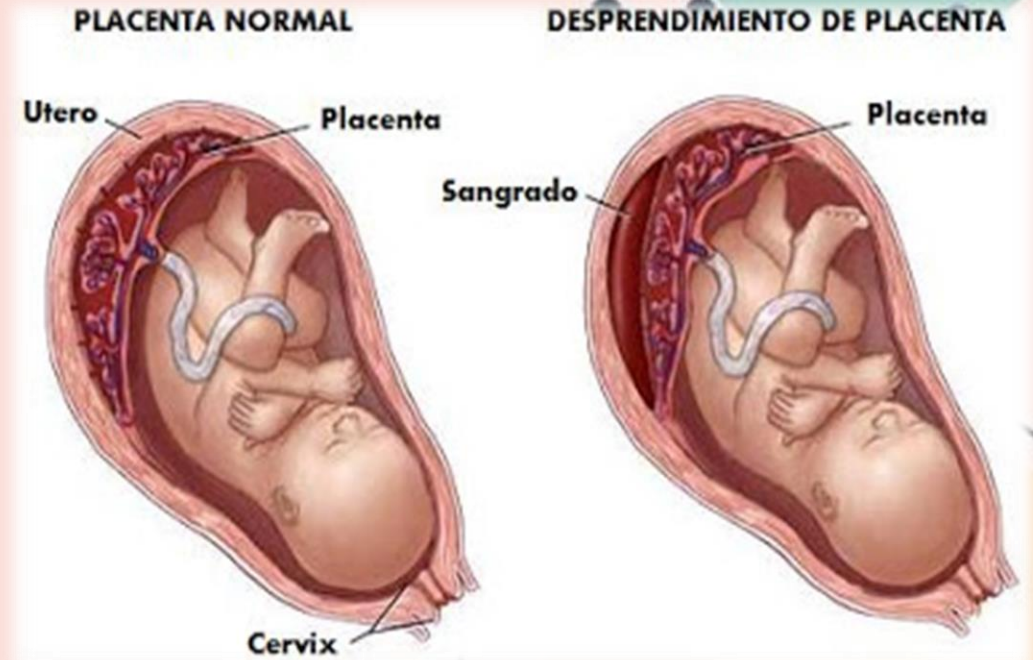
El desprendimiento placentario se produce por los mismos mecanismos fisiológicos que llevan a la expulsión del feto en el parto, vale decir contracción y relajación del músculo uterino.

Puentes trabeculares se rompen (placenta -decidua).

No son dolorosas (colico).

Útero contraído, disminuye extensión de superficie → desprendimiento.

Expone vasos deciduales → coagulo y al crecer contribuye al desprendimiento.



DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

Mecanismo

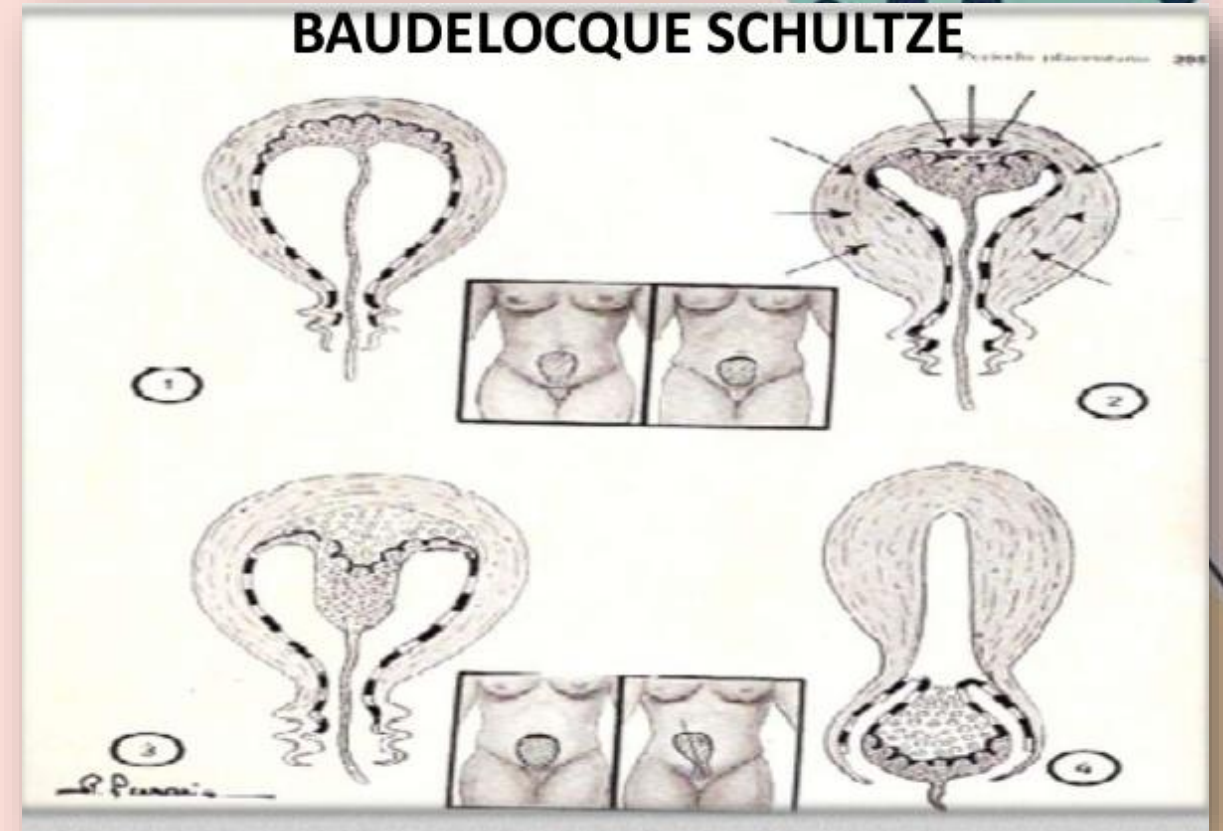
Desprendimiento desde el centro hacia periferia (baudelocque schultze).

80% casos.

Esta inserta fondo uterino.

Expulsada por cada fetal.

Detrás viene sangrado o coagulo.



Mecanismo

Desprendimiento desde borde y se diseca en forma centripeta (baudelocque duncan).

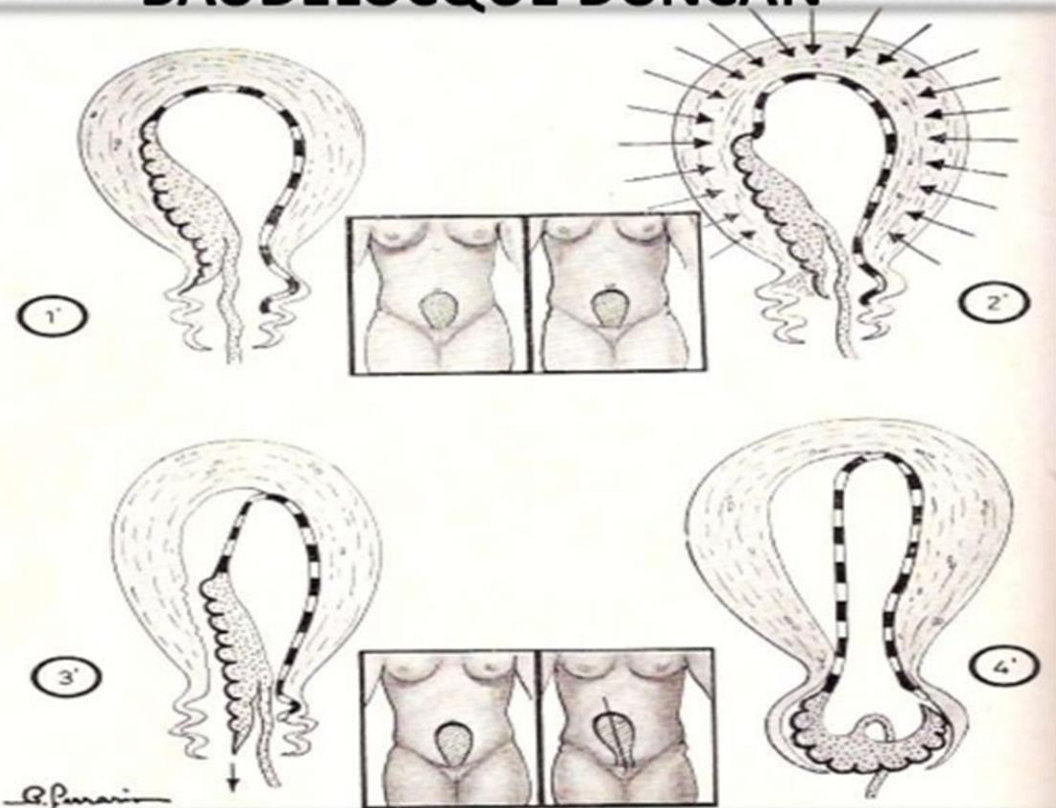
20% casos.

Inserción porción lateral del cuerpo uterino.

Perdida sanguínea desde el comienzo, sin coágulos.

Expulsa cara materna.

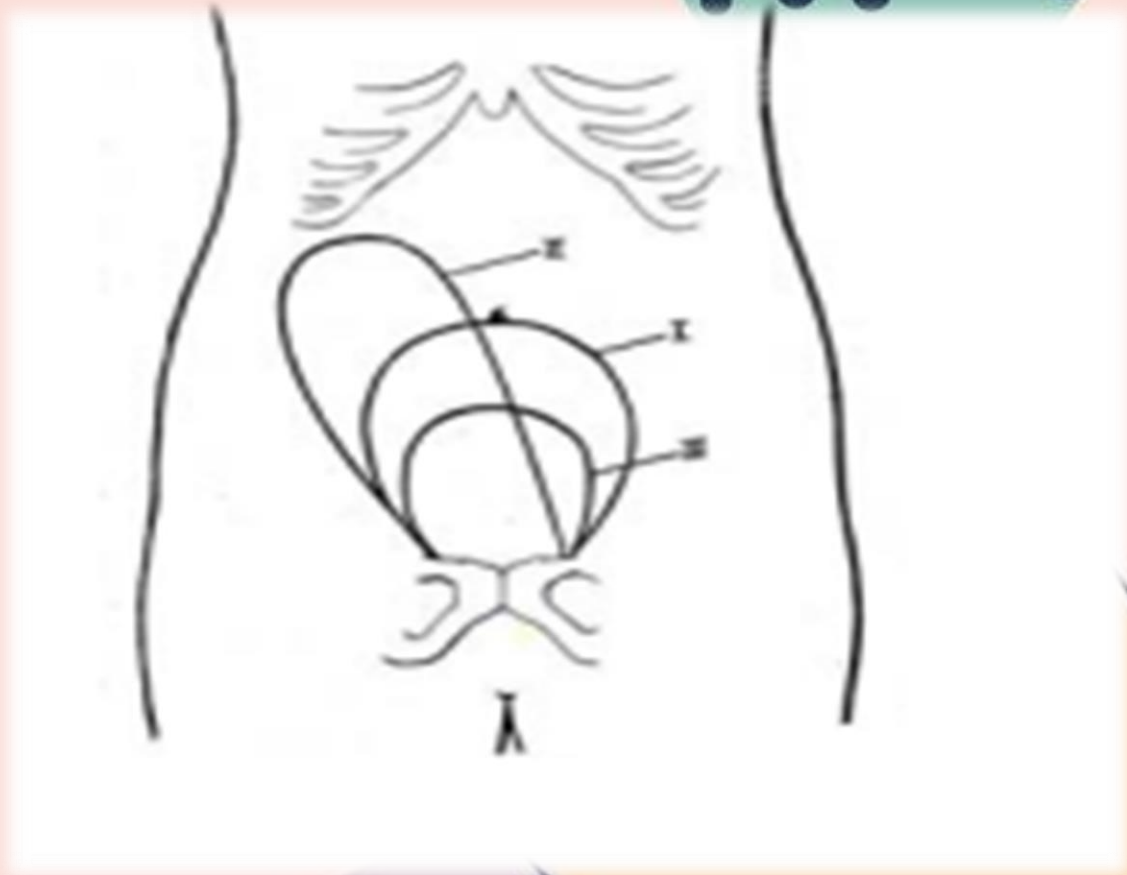
BAUDELLOCQUE DUNCAN



SIGNO DE DESPRENDIMIENTO

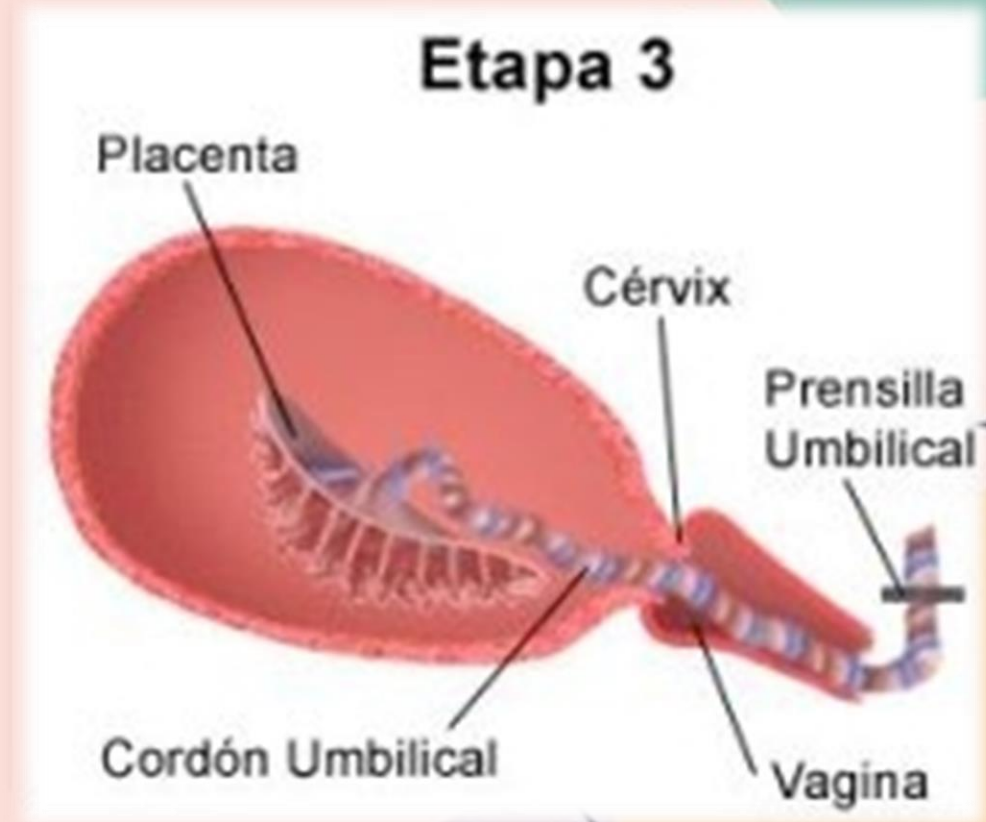
SCHROEDER: (sube el fondo uterino). Tras salir el feto el fondo uterino se sitúa aproximadamente a la altura del ombligo; cuando aquélla se desprende el fondo sube un poco y se lateraliza a la derecha.

SIGNO DE LA PERDIDA HEMATICA: Desde el comienzo (duncan).



DESCENSO

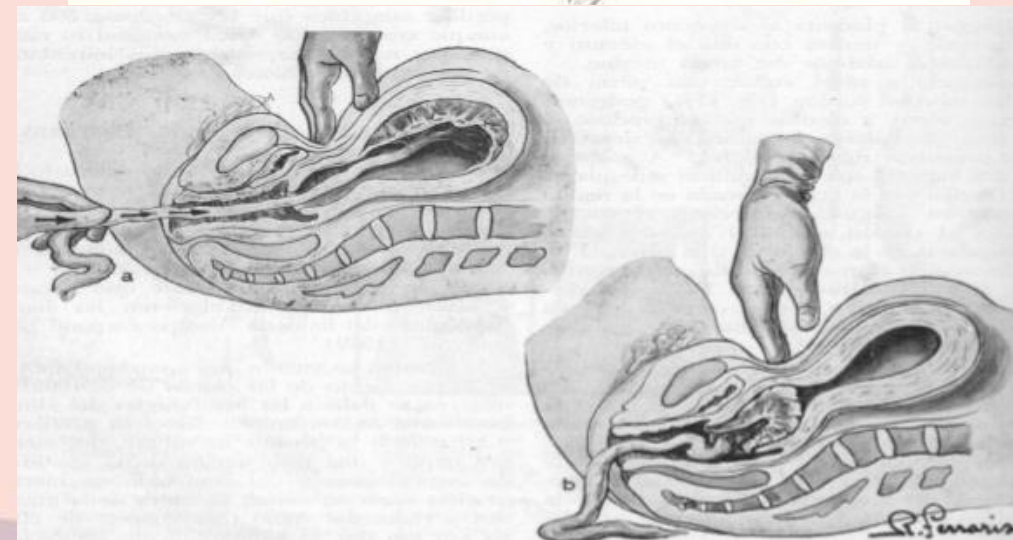
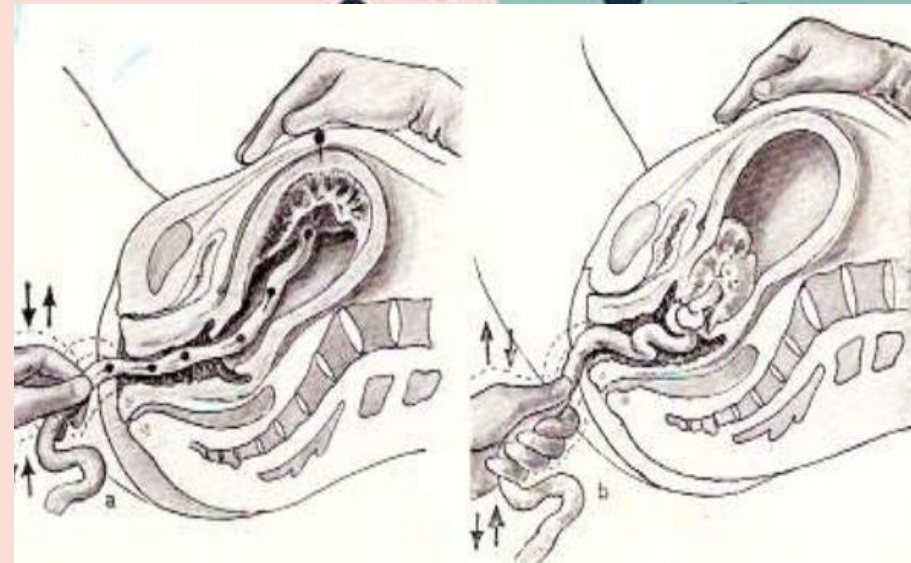
Una vez desprendida desciende del cuerpo al segmento inferior y a la vagina (contracciones).



SIGNOS DEL DESCENSO

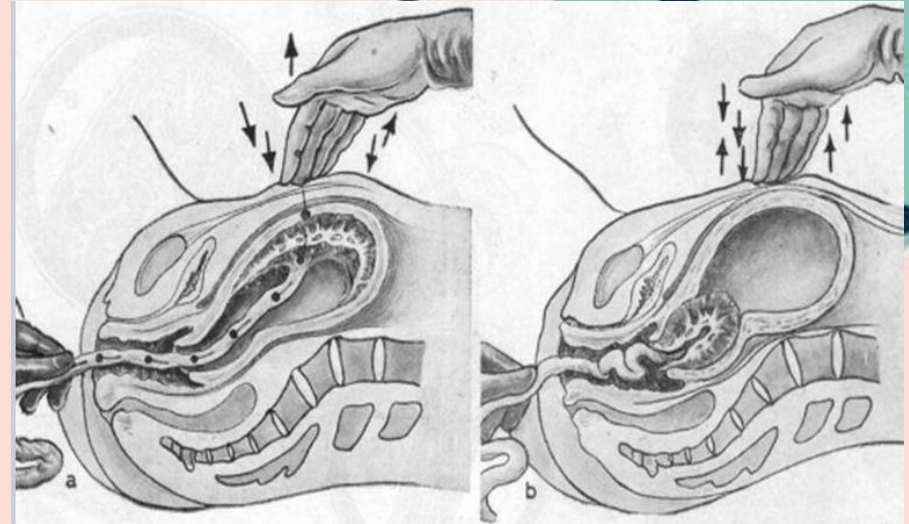
Signo de Favre (pescador): Se realizan movimientos suaves y cortos con la mano que sostiene el cordón y se palpa el fondo uterino, si la placenta está desprendida la mano abdominal no percibe movimientos uterinos.

Signo de Kustner: Se presiona con una mano en el hipogastrio y con la otra se sostiene el cordón; la primera eleva el útero y si el cordón no asciende indica que la placenta se ha desprendido.

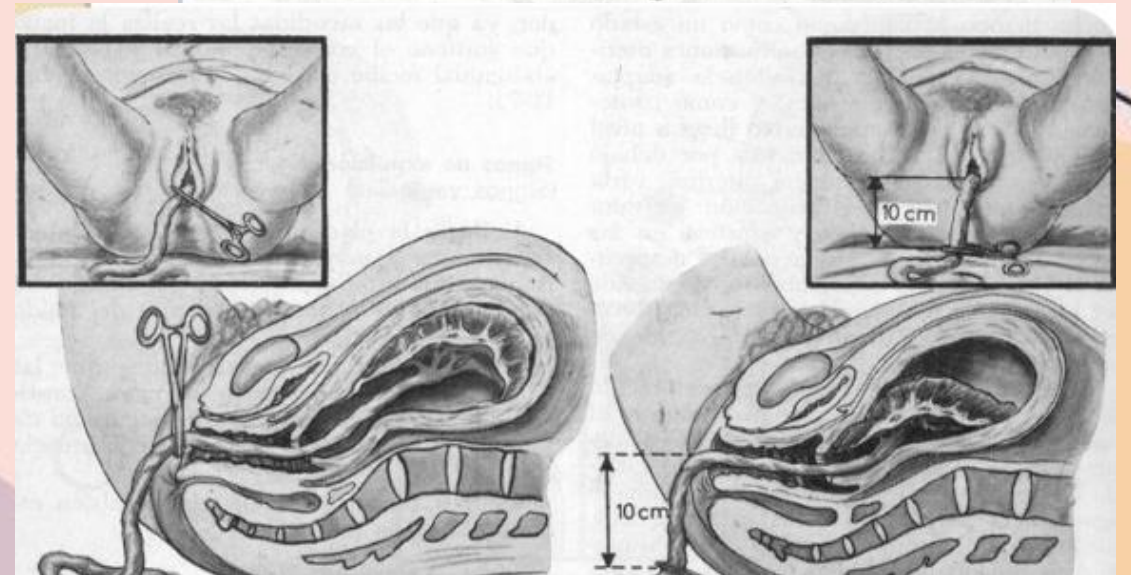


SIGNOS DEL DESCENSO

Signo de Strassmen: Con la mano abdominal (fondo uterino) se realizan movimientos sincronicos si los movimientos no se transmiten al cordón, la placenta se ha desprendido.



Signo de Ahlfeld: Se coloca una pinza de Kocher en el cordón a nivel de la orquilla vulvar que, al descender la placenta se aleja del lugar.



EXPULSIÓN

Acción gravitacional y refleja.

Signos de una adecuada expulsión :

- Descenso uterino.
- Globo de seguridad pinard.
- POSTERIOR A ELLO: COLOCA EN LA BANDEJA(EVALUACION), EXAMEN FISICO MATERNO.
- NO SE RECOMIENDA LA REVISION UTERINA POSPARTO...
RUTINARIA?????



EXAMEN DE LA PLACENTA:

Peso

Forma

Caras materna (Esta formada por 15-20 cotiledones) y fetal

Borde placentario

EXAMEN DEL CORDÓN

UMBILICAL:

Inserción

Longitud

Estructura

EXAMEN DE LAS MEMBRANAS

Longitud y estructura



CLASIFICACIÓN ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Espontaneo

Dirigido-Activo

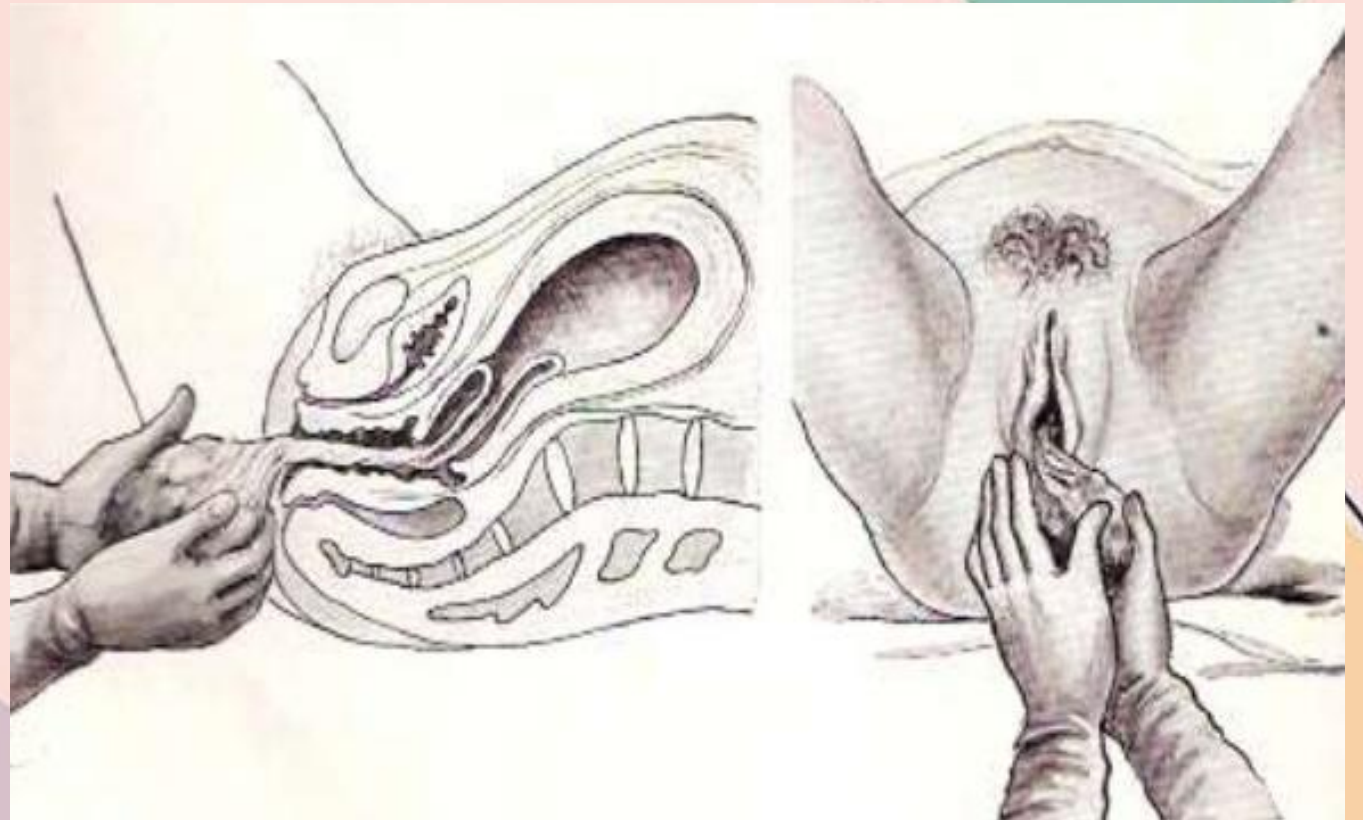
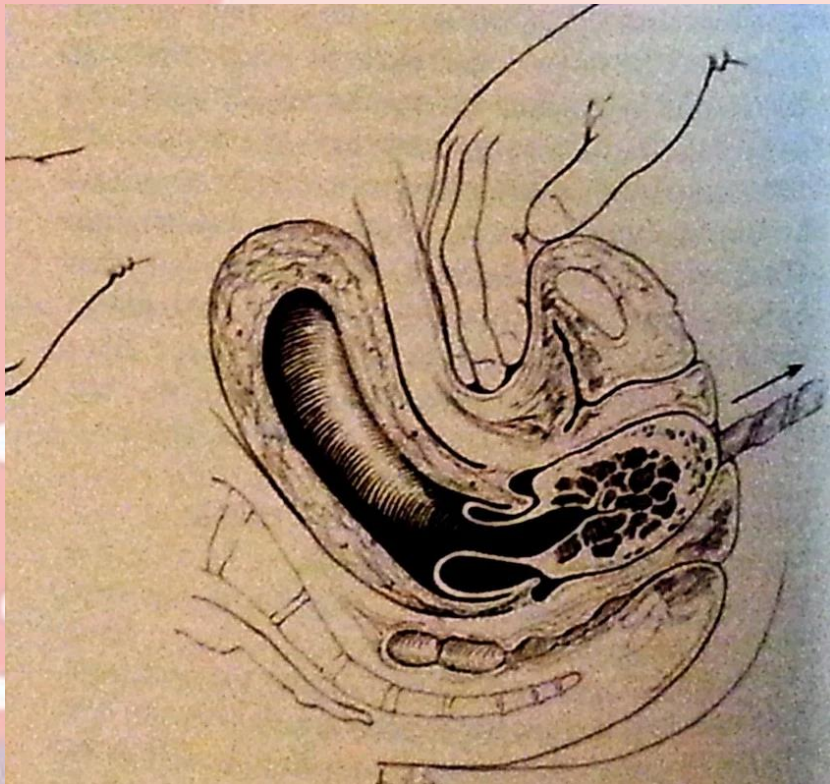
Corregido

Manual

ESPONTANEO

Maniobra de Brand- Andrews.

Maniobra de Dublín



DIRIGIDO ACTIVO

Administrar profilaxis de oxitócicos después del parto de los hombros 10 UI directas diluidas o IM.

El manejo activo es superior al expectante, en función de la pérdida sanguínea (anemia), HEMORRAGIA POSPARTO y otras complicaciones graves del tercer estadio de t. parto.

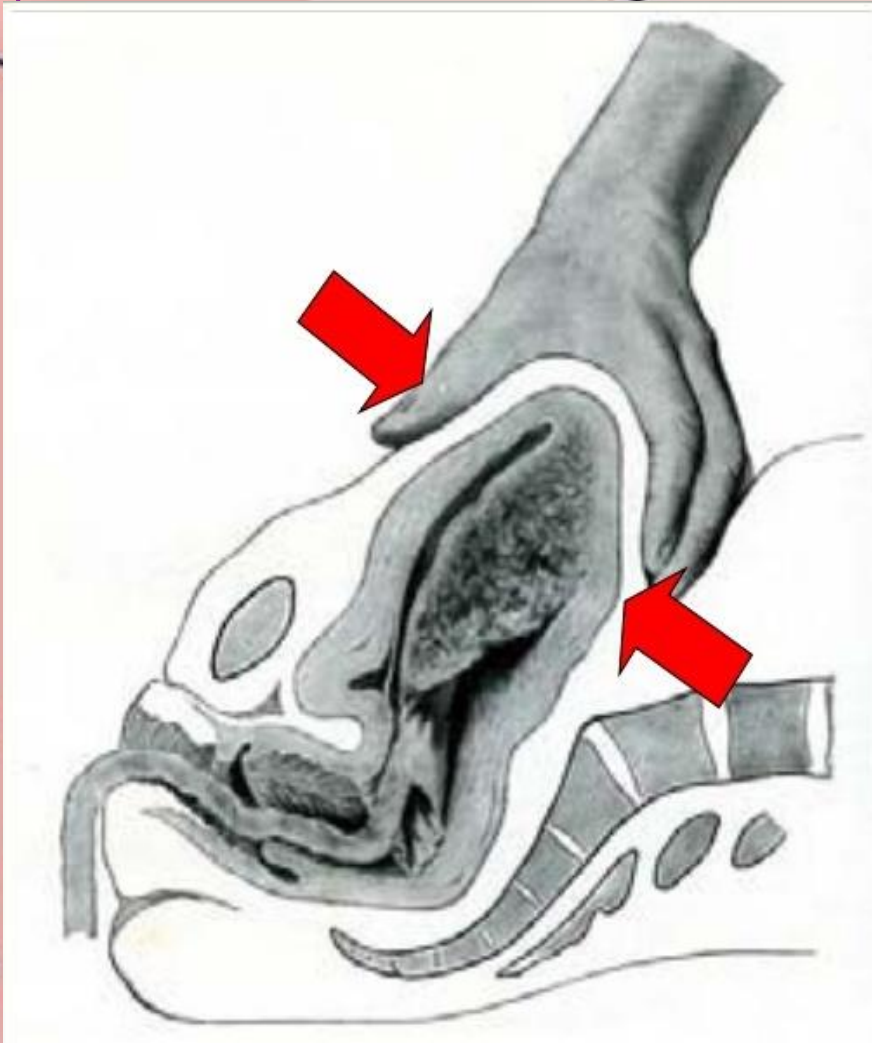
INDICACIONES: Multíparas, sobredistensión uterina, fase activa prolongada, expulsivo prolongado, endometritis, miomatosis, añosa, obesa, anemia, cx previa, ant de retención placentaria o atonía uterina y uso de med uteroinhibidores.



CORREGIDO

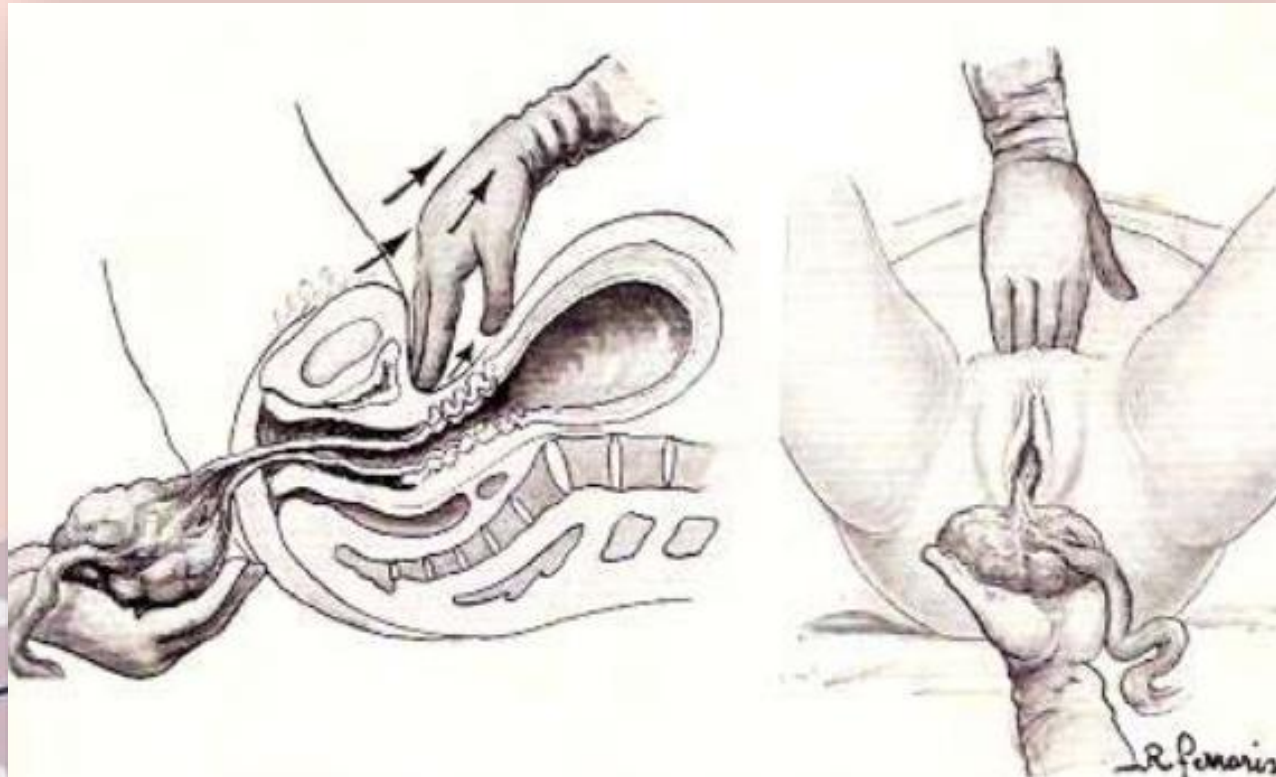
MANIOBRA DE CREDE

Presionar la pared abdominal con el pulgar sobre la superficie anterior del fondo del útero y con la palma de la mano sobre la superficie posterior aplicando la presión hacia la abertura vaginal.



MANIOBRA DE FREUND

Masaje suprapúbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión.



MANUAL

Extracción digital de la placenta.

Anestesia general.

Desprende la placenta y luego se tracciona vía vaginal.

Revisión de la cavidad, Oxitocina, ATB profilácticos.

Indicación: mas de 30 minutos desde la expulsión del feto o en hemorragia severa.



ALUMBRAMIENTO PATOLÓGICO

Cualquier alteración que ocurra durante el alumbramiento normal, muchas veces debido a un mal manejo puede ocasionar diversas complicaciones, como por ejemplo:

Cuando el las 3 fases: D-D-E de la placenta no se realizan dentro de los 30 minutos + sangrado superior a 500 cc en las 2 horas siguientes.

- .Hemorragias.
- .Desgarros del canal del parto.
- .Retención de placenta y /o anexos ovulares.
- .Complicaciones asociadas: la inversión uterina, embolia de líquido amniótico, embolia gaseosa, síndrome de Sheehan, etc.

HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

Definición:

Es un sangrado mayor de 500 ml en parto vaginal o mayor de 1000 ml en cesárea.

Frecuencia:

La incidencia es 5 a 10% de los partos, siendo la causa más frecuente de mortalidad materna en este periodo.



Clasificación:

De acuerdo al momento de aparición:

- * **Precoces:** pueden ocurrir durante el alumbramiento mismo o inmediatamente después (dentro de las 24 hrs).
- * **Tardías:** 24 h a 6 semanas post parto.

Origen

Origen uterino (90%)

Origen no uterino

Clasificación

Causas de Hemorragia del Post parto inmediato

Causas uterinas:

- Atonía
- Espasmos
- Restos placentarios o Alumbramiento incompleto
- Placentación anormal
- Dehiscencia y rotura uterina
- Inversión uterina

Causas no uterinas:

- Lesiones del tracto genital inferior
- Coagulopatías
- Hematomas
- congénitas.

Factores de Riesgo

Sobredistensión uterina: embarazo múltiple, polihidroamnios, macrosomía.

Antecedentes de hemorragia post parto

Multiparidad (> 4 hijos)

Trabajo de parto prolongado.

Infección ovular

SHE

DPPNI

Placenta previa

Acretismo placentario

Cesárea

Parto con fórceps

Tratamiento anticoagulante, coagulopatías

Uso de tocolíticos

Miomas uterinos

Partos precipitados

Edad avanzada de la madre



Etiología:

Las causas más frecuentes de sangrado son:

- *Atonia uterina: 50 a 90%
- *Desgarros del tracto del genital 6%
- * Retención de restos placentarios y membranas

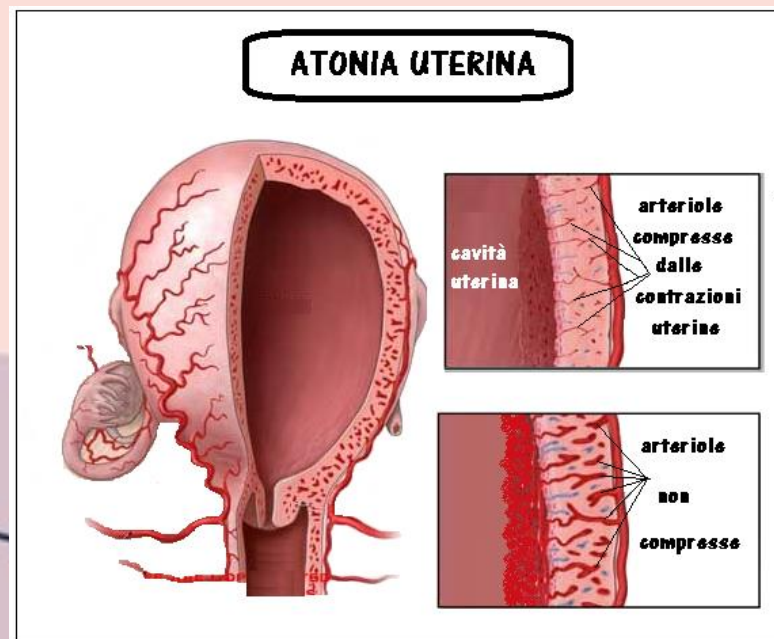
Causas menos frecuentes:

- * Inversión uterina.
- *Coagulopatías.

Atonia Uterina

Es la causa más frecuente de hemorragia.

Se debe a una disminución de la actividad contráctil del útero por sobredistensión de la fibra muscular, lo que influye en el desprendimiento y expulsión de la placenta y en la hemostasia del lecho placentario.



No ocurra la expulsión hasta 30 min.

Etiología:

Inercia Primitiva: déficit contráctil de las células musculares uterinas (primíparas añosas, multíparas y formas idiopáticas).

Inercia Secundaria: la contracción muscular es escasa o nula en virtud de diversas circunstancias alterantes (gemelares, macrosomía fetal, polihidramnios, infección ovular, miomatosis uterina, partos prolongados, uso de anestésicos, etc).

Clínica:

- .Hemorragia de variable intensidad.
- .Ausencia de dolor que precede al desprendimiento.
- .Útero blando supraumbilical, que se contrae con masaje uterino, pero que rápidamente se relaja.

TRATAMIENTO:

Maniobra de Credé para estimular la contracción uterina.

Aplicar medicamentos de primera línea: oxitocina, misoprostol, metilergonovina (nivel de evidencia 2, grado de recomendación B).

Oxitocina: a 40 U diluidas en 500 mL de cristaloides (para pasar en 4 horas a 125 mL/hora) (nivel de evidencia 1).

Metilergonovina amp. x 0,2 mg: 1 ampolla IM (nivel de evidencia 1).

Misoprostol tabletas x 200 mcg 5 tabletas intrarrectales

Transfusión sanguínea según pérdida y sintomatología.

Masaje uterino activo + ácido tranexaico

Taponamiento uterino. (no es tan recomendado)

Alumbramiento Manual

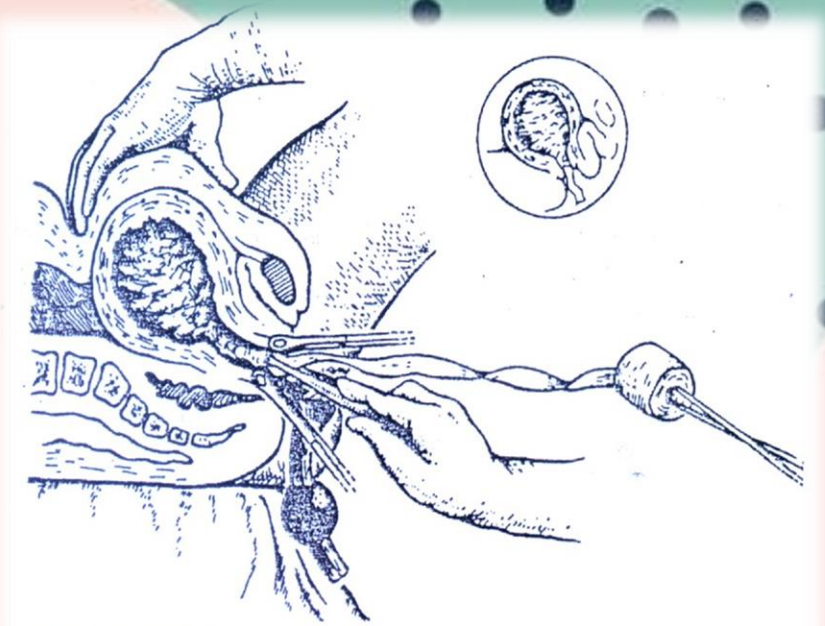


Figura V.20: Taponamiento útero-cérvico-vaginal con la colaboración de ayudantes para sostener las valvas y el cuello de la vagina. En la parte superior derecha se muestra una vista alternativa del útero y la vagina.

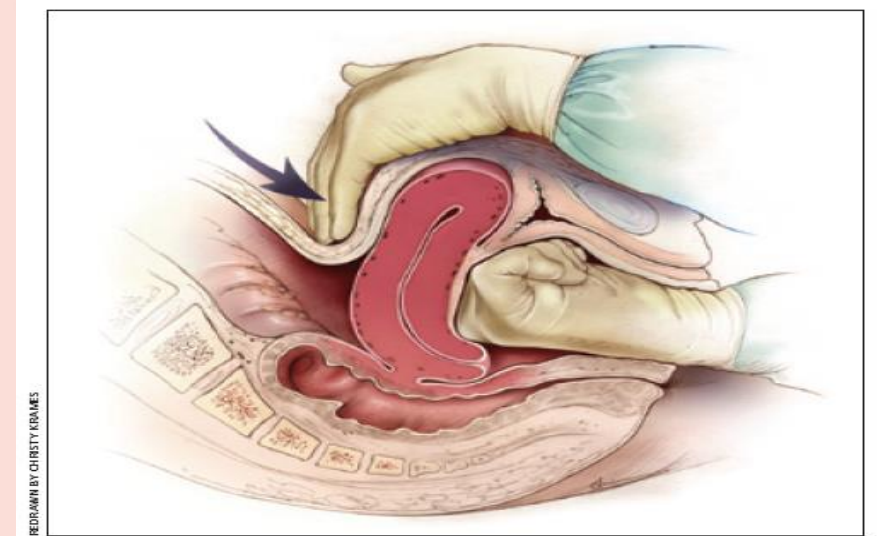


Figure 2. Technique of bimanual massage for uterine atony. Bimanual uterine compression massage is performed by placing one hand in the vagina and pushing against the body of the uterus while the other hand compresses the fundus from above through the abdominal wall. The posterior aspect of the uterus is massaged with the abdominal hand and the anterior aspect with the vaginal hand.

Frente al fracaso del tratamiento médico, se realizará
tratamiento quirúrgico:

Ligadura de vasos:

Arterias uterinas: aportan la mayor parte de irrigación del útero, y éste se mantiene viable por colaterales. Es útil si hay contraindicación de histerectomía.

Arterias iliacas internas: conserva la fertilidad del útero.

Histerectomía.

ESPASMOS

Contracciones anormalmente localizadas en uno o varios segmentos del útero.

TIPOS DE RETENCION:

Espasmos del anillo de Bandl: encarcelamiento de la placenta.

Espasmo del OCI: placenta totalmente desprendida y encarcelada. Cierre del orificio.

Tto: alumbramiento manual → anestésicos, relajante muscular.

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS

Es la retención de restos placentarios y/o ovulares en la cavidad uterina. Al examen de la placenta se observa ausencia de uno o más cotiledones. Se asocia a una inadecuada asistencia del alumbramiento, placentas con mayor adhesividad. (vellosidades invaden la zona esponjosa de la decidua, sin alcanzar el miometrio).

Clasificación:

- Total:
 - Distocias Dinámica: atonía, anillos de contracción.
 - Distocias Anatómicas: Adherencias anormales de la placenta.
- Parcial : - Restos de placenta
 - Restos de membranas.

ADHERENCIA ANÓMALAS DE LA PLACENTA

Esta entidad se configura cuando la placenta, en su sitio de implantación, ha atravesado una caduca desidua basal, defectuosa o inexistente, y se fija en el miometrio, no observándose el plano de clivaje habitual sobre el cual se produce el desprendimiento normal.

Incidencia: 1 de 2000-3000 partos. Mayor frecuencia en embarazadas 30-35 años, multíparas de 2 o más.



Factores predisponentes:

Placenta previa.

Malformaciones uterinas.

Fibromiomas.

Cesáreas.

Legrado a repetición.

Antecedentes de endometritis puerperal.

Antecedentes de alumbramiento anormal.

Clasificación

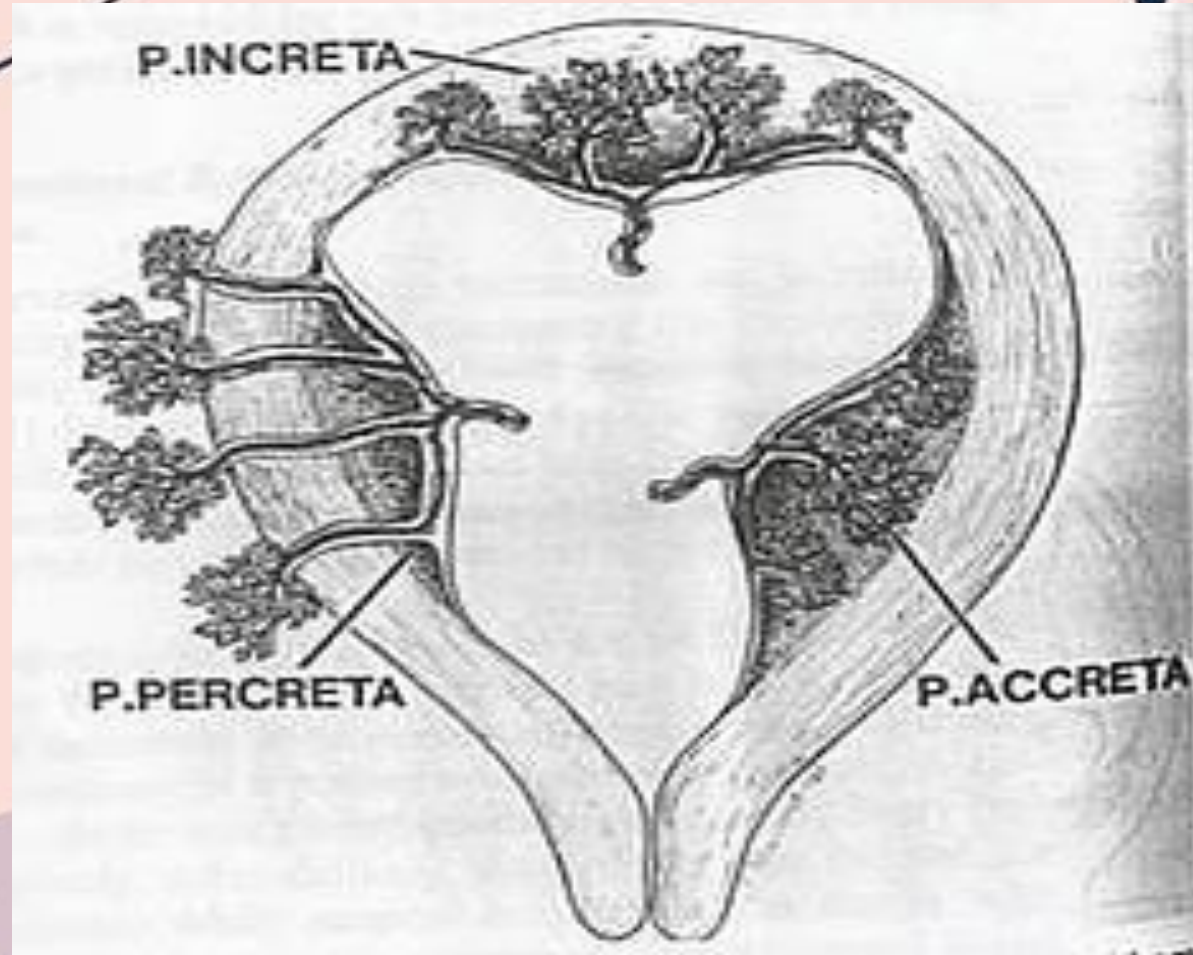
Placenta acreta (80%): las vellosidades se implantan sobre el miometrio sin penetrarlo.

Placenta increta (15%): el miometrio es invadido por las vellosidades. La extracción produce sacabocado.

Placenta percreta: las vellosidades en su avance, alcanzan la serosa.

Placenta destruens: las vellosidades coriales perforan el peritoneo y llegan a la cavidad peritoneal.

ACCRETISMO PLACENTARIO



Si consideramos la extensión placentaria involucrada el acretismo se clasifica en:

Total: presenta todos los cotiledones afectados.

Parcial: uno o más cotiledones están involucrados en el proceso.

Focal: el acretismo se verifica en una zona del cotiledon.

Una misma placenta puede presentar en distintos sectores, los diferentes tipos de penetración y extensión, dando lugar a acretismos combinados.



Tratamiento

Conservador: Se deja la placenta en el útero, la cual se necrosa con el tiempo y se reabsorbe. Se deja profilaxis antibiótica. Hay mayor riesgo de rotura uterina, infecciones y hemorragias.

Quirúrgico: Histerectomía: menor mortalidad que el conservador (2% mortalidad en histerectomía precoz en placenta percreta).

INVERSIÓN UTERINA

Es una invaginación del fondo y/o cuerpo del útero dentro de si mismo y que puede llegar al orificio vulvar. Es una emergencia obstétrica.

En el embudo uterino pueden estar contenido: anexos, ligamentos uterinos, intestino y epiplón.

Incidencia : 1 en 50.000 - 120.000

Causa predisponentes:

Hipotonía uterina

Malformaciones congénitas

Miomatosis del fondo uterino

Acretismo total o parcial

Causa determinantes:

Partos en avalancha

Brevedad de cordón

Tracción vigorosa del cordón

Placenta adherente

Implantación de la placenta en el fondo uterino

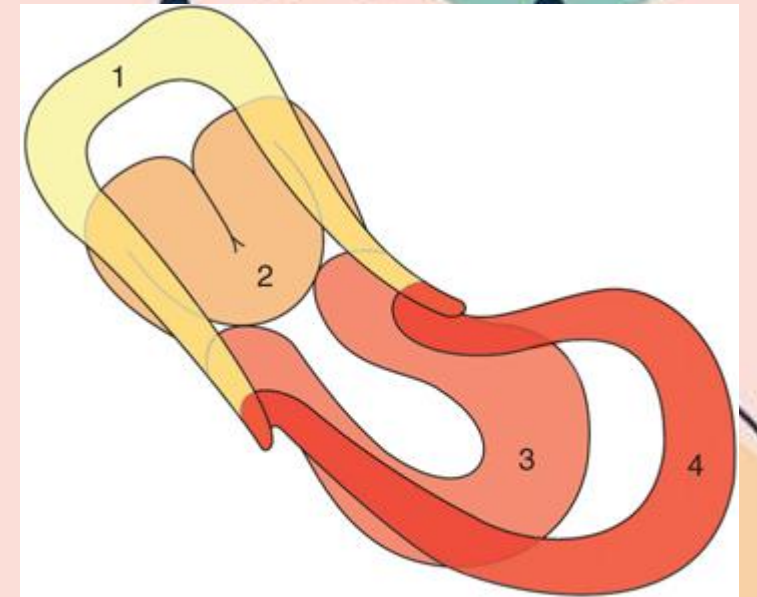
CLASIFICACIÓN (SEGÚN BAP)

1er. Grado: la depresión del fondo uterino es insuficiente para ponerse en contacto con el OCI.

2do. Grado: el fondo se ha deprimido hasta alcanzar el OCI.

3er. Grado: el fondo se extiende hasta periné.

4to. Grado: La vagina se invierte con el útero.



Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield: *Williams. Obstetricia*, 24e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Clínica

Dolor intenso en hipogastrio.

Hemorragia (94%), signo inicial por atonía uterina.

Shock (40%), hipovolémico y neurogénico.

Ausencia de fondo uterino a la palpación.

Presencia de masa firme y dura en el canal del parto.



TRATAMIENTO

Si es precoz tiene buen pronóstico.

Medidas generales: Reponer volumen en forma intensiva.

Expansores de plasma, cristaloides y sangre.

Sonda Foley

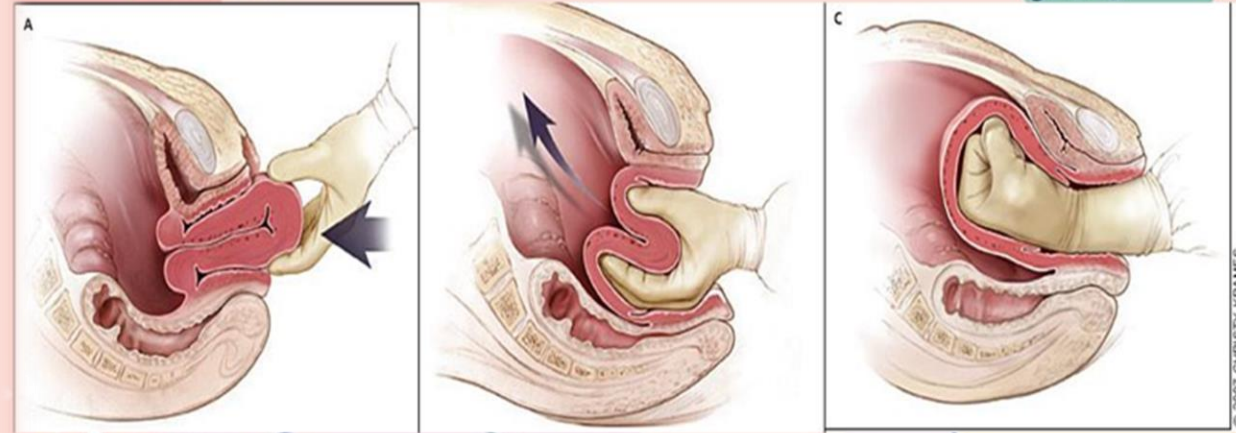
Analgesia: morfina 0,1 mg/kg

No administrar medicamentos oxitoxicos antes de corregir la inversión.

No qx: maniobra de reducción de Johnson

Ox: Huntington- hautalin.

MANIOBRA DE REDUCCIÓN JOHNSON



Maniobra de Huntington y Hautain.



Fig. 2. Útero invertido que arrastra ambos anejos y ligamentos redondos.



Fig. 3. Inversión uterina al realizar la incisión del anillo posterior según Hautain.

ROTORURA UTERINA

Solución de la continuidad de todas las capas uterinas.

Causas: dcp, distocias fetales, distocias pasicas cervis, abdomen pendular, traumatismos, fórceps, cx previas, añosa, múltipara, uterotonicos (oxitocina)

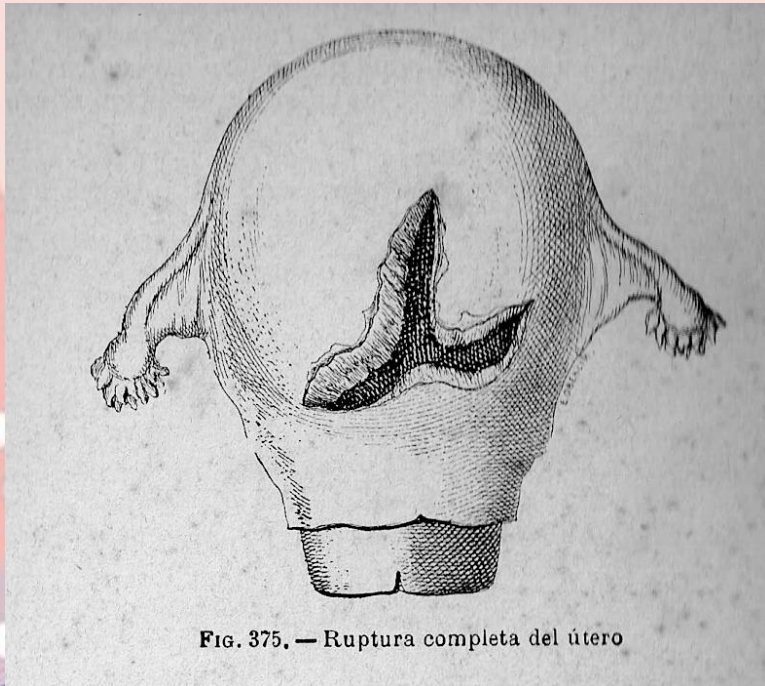
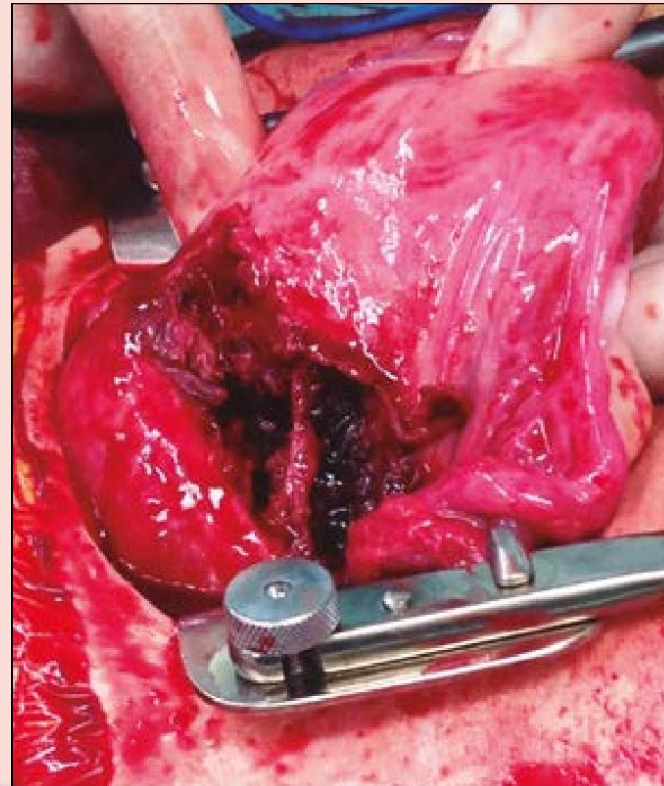


FIG. 375. — Ruptura completa del útero



GENERALES EN PRERUPTURA: px
álgida, deshidratada, agitada y
angustiada, sin signos de anemia
ni shock. → fase activa o expulsivo
prolongado. Hipertonía uterina con
signos de compromiso fetal.
Palpación difícil de las partes
fetales.

Tto: utero inhibición,
decubito lateral izq,
lev, preparar
cesarea.

LOCALES EN PRE-
RUPTURA: Ascenso del
anillo de bandl, signo
de frommel(ligamentos),
signos de pinard
(edema vulvar).

GENERALES EN RUPTURA:
Cesación repentina de
contracciones. No FCF,
palpación fácil de partes
fetales.

Tto: Laparotomía
urgente y medidas
de hemodinámicas.

LOCALES EN RUPTURA:
No se palpan partes
fetales en vagina.
Palpación de ruptura
en vagina.