

PRESENTACIÓN PÉLVICA



Ginecología y Obstetricia / 6to Semestre

Dr. Luis Ignacio Gayosso

Clasificación De Las Presentaciones:



Pelviana Franca



Pelviana Completa



Pelviana Incompleta

DIAGNOSTICO .

- Interrogatorio: dolor o molestias en hipogastrio o hipocondrio, movimientos fetales mas notables en la región hipogástrica.
- Inspección: ovoide uterino con predominio longitudinal
- Palpación: polo duro, redondeado, que no se desarma, pelotea y duele ubicado en el fondo.
- Auscultación: se encuentra el foco en el hemiabdomen superior del lado del dorso fetal
- Punto de reparo para el dx de presentación: polo pelviano fetal, en variedad
- completa o incompleta.
- Punto de referencia para el dx de variedad de posición: sacro

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- Métodos de parto vaginal:

El parto pelviano vaginal se realiza por uno de los tres métodos.

1. Con el parto pelviano espontáneo, el feto es expulsado por completo sin ningún tipo de tracción o manipulación distinta del soporte del neonato.

2. Con la extracción pelviana parcial, el feto es liberado espontáneamente hasta el ombligo, pero el resto del cuerpo es liberado por la tracción del médico y maniobras asistidas, con o sin esfuerzos de expulsión materna.

3. Con la extracción pelviana total, el cuerpo fetal completo es extraído por el especialista.

I. Parto pelviano espontáneo:

La cadera anterior suele descender más rápidamente que la cadera posterior, y cuando se encuentra la resistencia del fondo pélvico, sigue usualmente una rotación interna de 45 grados.

Después de la rotación, el descenso continúa hasta que el perineo esté distendido por el avance de las nalgas, y aparece la cadera anterior en la vulva.

Las piernas y los pies siguen a las nalgas y pueden salir espontáneamente o requerir ayuda. Después de la salida de las nalgas, hay una ligera rotación externa. De modo inmediato siguiendo a los hombros, la cabeza, que está flexionada en el tórax, la cabeza, entonces, sale flexionada.

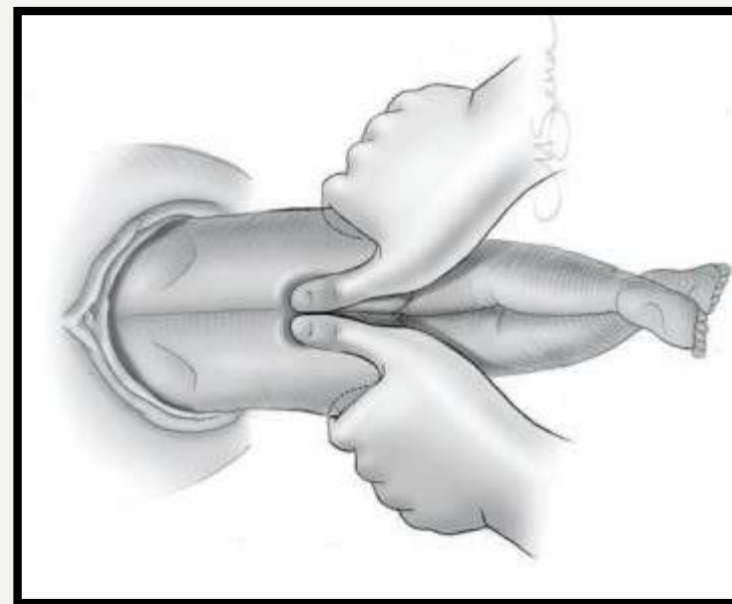


2. Extracción pelviana parcial:

La cadera posterior se liberará, de modo general desde la posición de 6 en punto, y frecuentemente con suficiente presión para suscitar un incidente de meconio espeso.

Las piernas son liberadas secuencialmente a través de la sujeción del fémur con los dedos del operador colocados de forma paralela a lo largo del eje del fémur, y ejerciendo presión hacia arriba y lateralmente para barrer cada pierna lejos de la línea media.

Después de la liberación de las piernas, la pelvis ósea fetal se agarra con ambas manos. Los dedos deben descansar sobre las crestas iliacas superiores anteriores y los pulgares en el sacro.



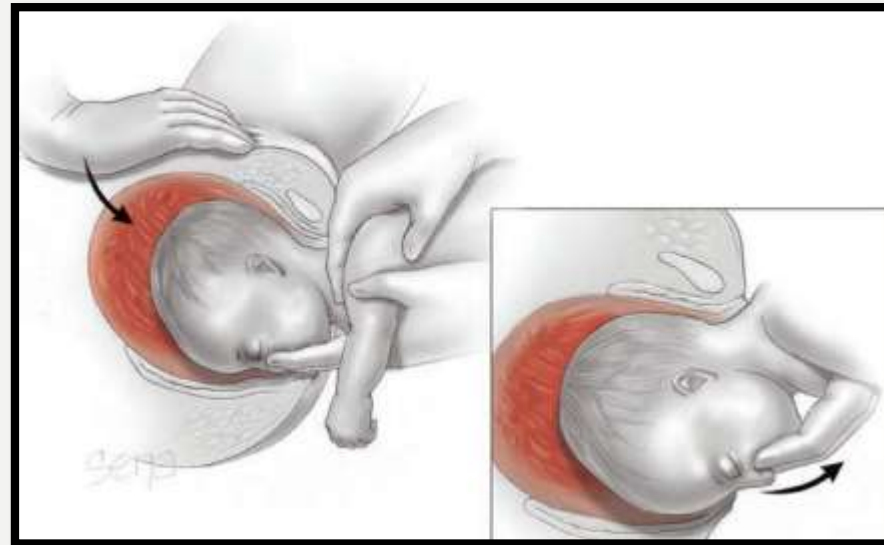
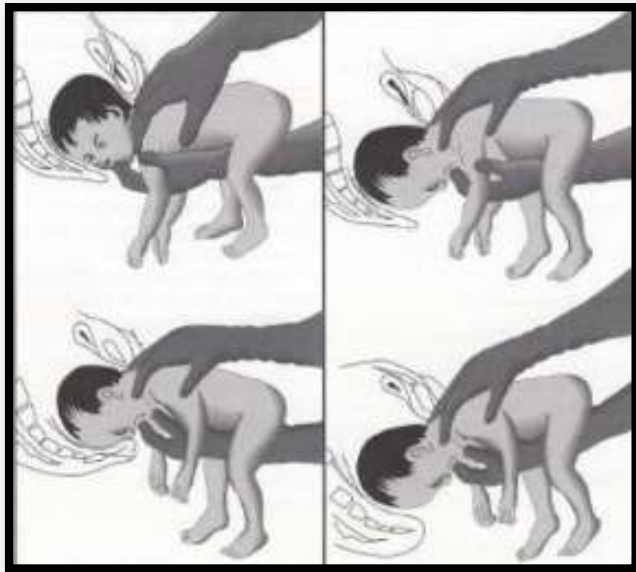
BRAZO NUCAL:

- Con tal brazo nuczal, el parto es más difícil y puede ayudarse girando el feto a través de un semicírculo en una dirección tal que la fricción ejercida por el canal de parto atraiga el codo hacia la cara.
- Con un brazo nuczal derecho, el cuerpo debe girarse en sentido contrario a las manecillas del reloj, lo que hace que la espalda fetal gire hacia la derecha materna.



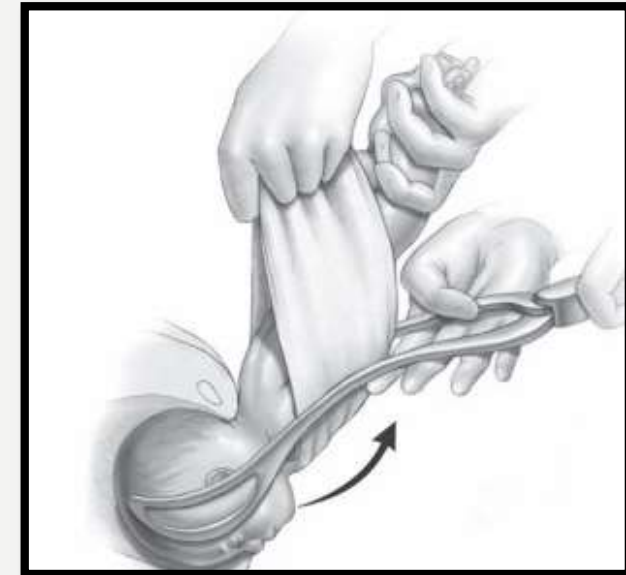
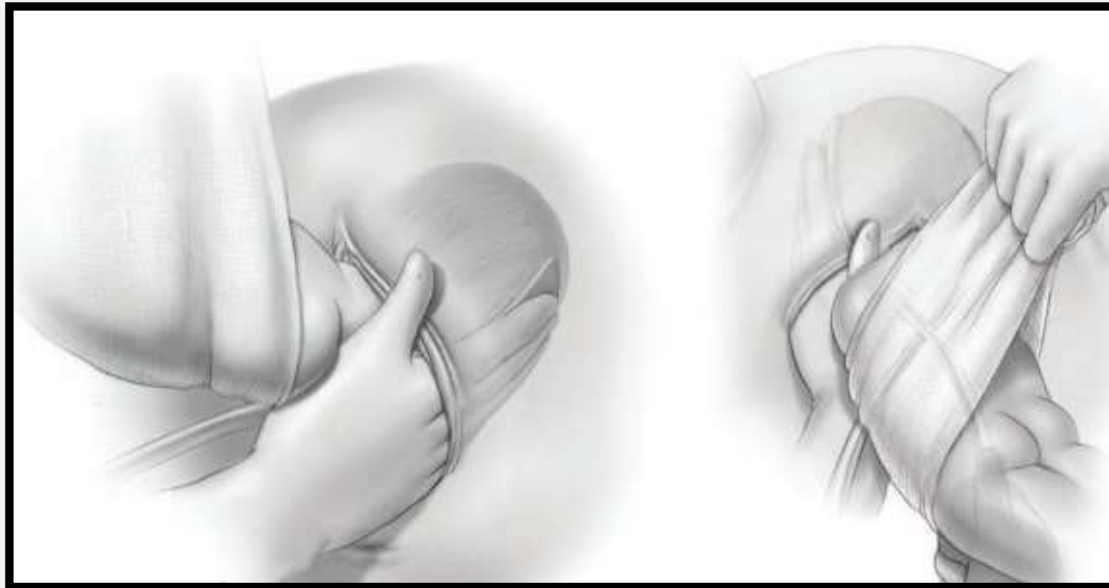
MANIOBRA DE MAURICEAU PARA EL DESPRENDIMIENTO DE LA CABEZA

1. La mano correspondiente al vientre fetal lo recorre hasta llegar a la boca, coloca dos dedos y flexiona la cabeza; la mano externa apoya índice y anular a ambos lados del cuello fetal.
2. Rotación, colocando el occipital en la subpubis
3. Con ambas manos se completa el descenso
4. Se efectúa el desprendimiento rotando el occipital en el subpubis (hipomoclon)



- Fórceps.

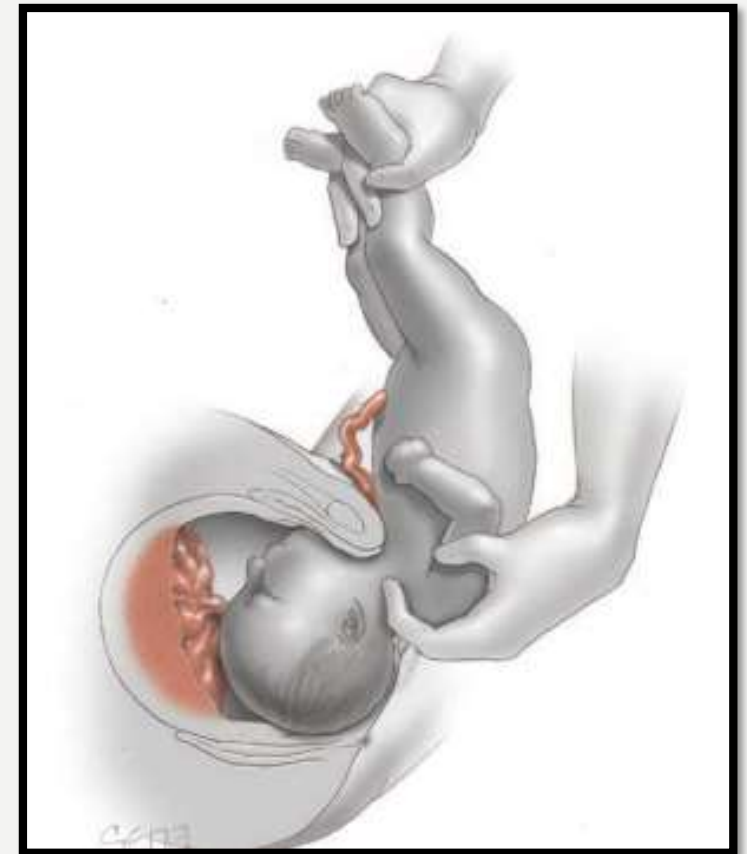
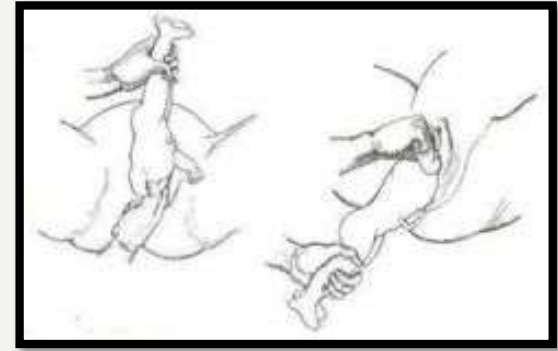
Se pueden utilizar fórceps especializados para liberar posteriormente la cabeza. Los fórceps pueden aplicarse electivamente o cuando la maniobra de Mauriceau no se puede realizar con facilidad.



Las paletillas de los fórceps no se aplican a la cabeza, hasta que esta no se haya introducido en la pelvis mediante una tracción suave, combinada con presión suprapúbica, y esté ajustada.

Maniobra modificada de Praga.

En raras ocasiones, la parte posterior del feto no gira hacia la sínfisis. Con esto, dos dedos de una mano agarran los hombros del feto reclinado desde abajo, mientras que la otra mano levanta los pies hacia arriba sobre el abdomen materno, usando la maniobra modificada de Praga.



EXTRACCIÓN DE HOMBROS Y CABEZA MEDIANTE LA MANIOBRA DE BRACHT

Comienza una vez que se observa el extremo inferior de las escapulas.

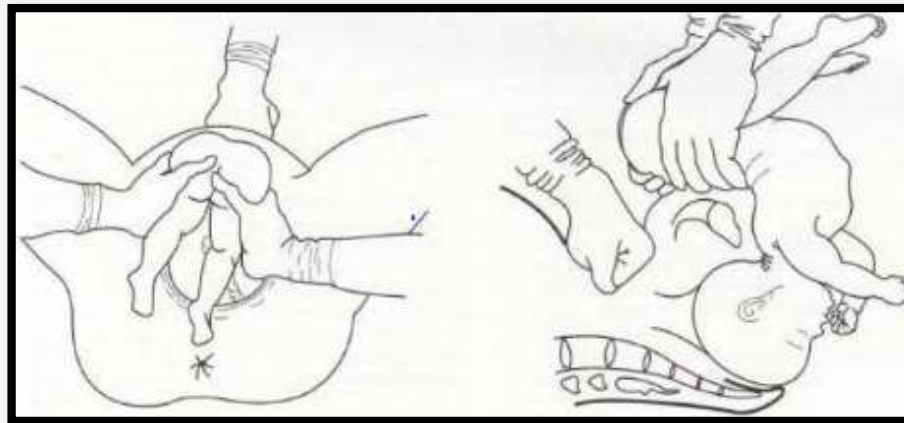
- Se toma el feto apoyando los dedos de ambas manos contra la región lumbosacra fetal y los pulgares en la cara posterior de los muslos.

Ideal para pelvianas incompletas

- Tracción llevando la espalda del feto contra el abdomen materno, acompañando el pujo materno.

Se extraen los hombros en el diámetro transverso y la cabeza fetal.

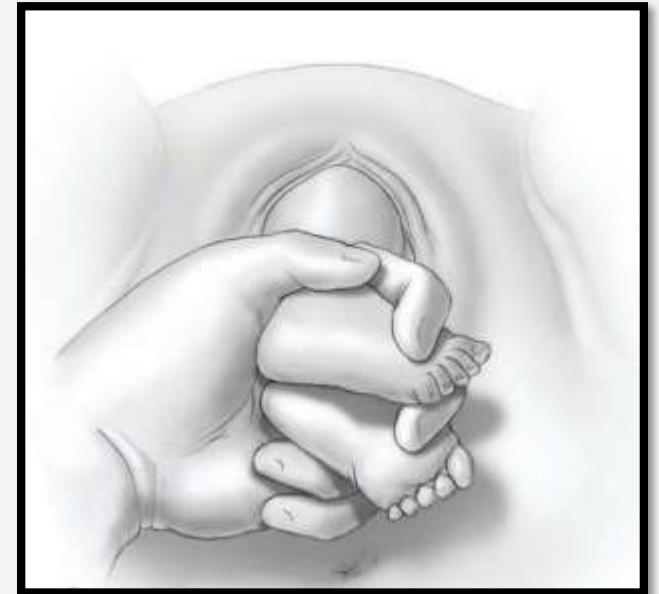
- La tracción suave en el sentido mencionado produce el desprendimiento de los hombros en el diámetro transverso y la extremidad cefálica haciendo hipomocion con el occipital desprende primero el mentón, la cara, luego los parietales y por último el occipital.



3. Extracción pelviana total:

En ocasiones, puede requerirse la extracción pelviana total completa o incompleta. Se introduce una mano a través de la vagina y se agarran ambos pies fetales. Los tobillos se sostienen con el dedo medio entre ellos, con una tracción suave, los pies pasan por el introito.

- Mientras las piernas comienzan a emerger a través de la vulva, se continúa la tracción suave hacia abajo. A medida que emergen las piernas, se agarran las partes sucesivamente más altas, primero las pantorrillas y luego los muslos.
- Cuando las nalgas aparecen en la salida vaginal, se aplica una suave tracción hasta que se liberan las caderas.
- Los pulgares se colocan sobre el sacro y los dedos sobre las crestas ilíacas.



- CONDUCTA
- • vía de parto: actualmente se prefiere la operación cesárea
- • En fetos no viables puede recurrirse a parto vaginal al igual que los casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida.
- CONDUCTA INTRAPARTO
- • Periodo de dilatación
 - o No rotura artificial de membranas
 - o No oxitocina de rutina
 - o Valorar meconio
 - o Auscultación fetal frecuente o monitorización
- • Periodo expulsivo
 - o Instruir a la paciente
 - o Asistente
 - Médico u obstétrica
 - o Goteo oxitócico bien controlado
 - o Episiotomía
 - o Asa de cordón
 - o Observar escápulas
 - o Maniobras oportunas
- VERSIÓN EXTERNA
- • Dadas las complicaciones del parto algunos recomiendan esta maniobra en un intento de transformar la presentación pelviana en cefálica
- • Entre 37 y 39 semanas
- • Correcta indicación
- • Técnica adecuada