

# Tratamiento

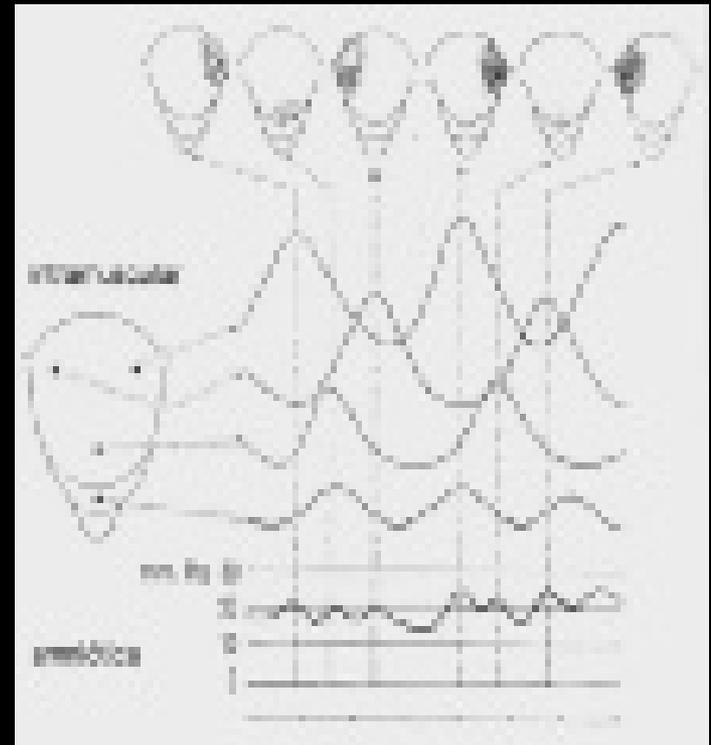
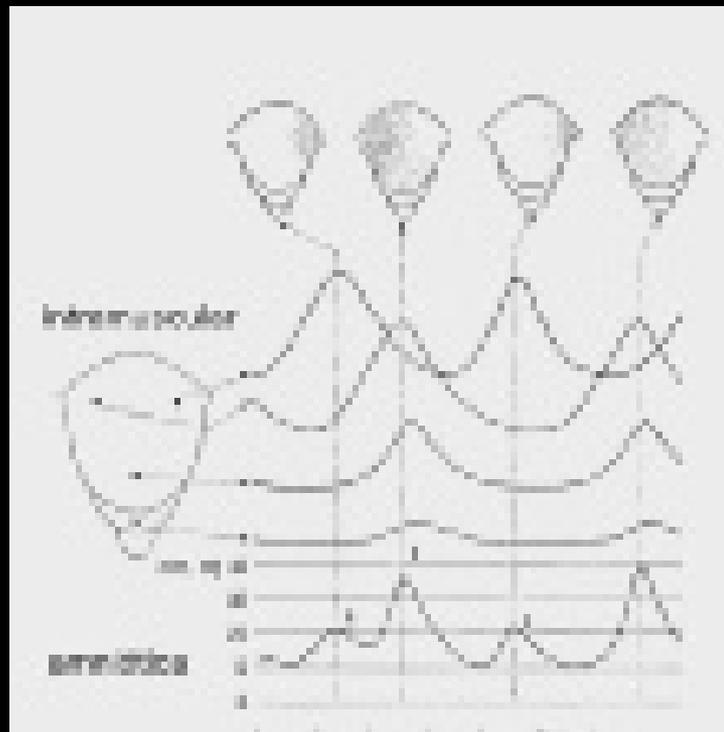
- **Úteroinhibidores** cuando las medidas anteriores no seansuficientes:
- • **β-Adrenérgicos:**
- – Ritodrine IV (Prepar®): a dosis de 100-150µg/min
- – Terbutalina: 0,125 mg vía SC (/ amp. Terbasmin®0,5 mg diluida en S. Fisiológico). Este preparadocomercial no está disponible en nuestro país.
- • **Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas:**
- Indometacina 100 mg/12 horas.
- • **Inhibidores de canales de calcio:**
- Nifedipina a dosis10 mg/6h, aunque es controvertido su uso obstétrico.
- • Sulfato de Magnesio: poco utilizado en nuestro país por los efectos secundarios de las dosis que requiere la úteroinhibición.

# DISDINAMIAS

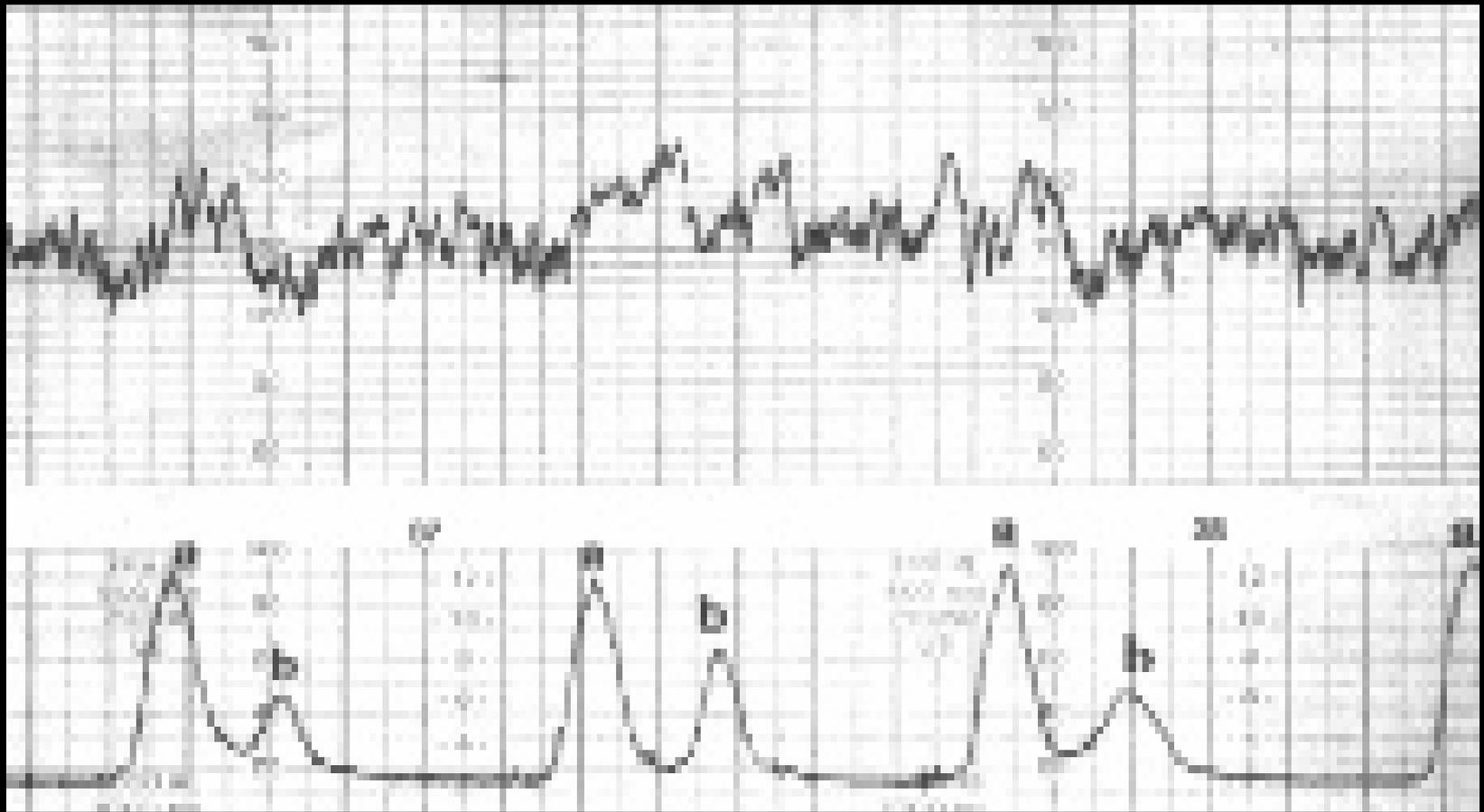
- ▣ Las disdinamias se pueden definir como alteraciones de la coordinación y regularidad de la contracción uterina.

- ▣ **Ondas anormales generalizadas o inversión del triple gradiente:**
- ▣ **Ondas anormales localizadas o incoordinación uterina:**
- ▣ **Anillos de contracción.** se consideran variantes de las ondas localizadas o incoordinaciones. Se producen por la existencia de marcapasos que da lugar a ondas localizadas que forman zonas anulares del útero que al contraerse deforman la cavidad. Estos anillos deben diferenciarse del anillo de retracción de Bandl, que se forma entre el cuerpo uterino y el segmento uterino inferior durante la evolución de algunos partos.

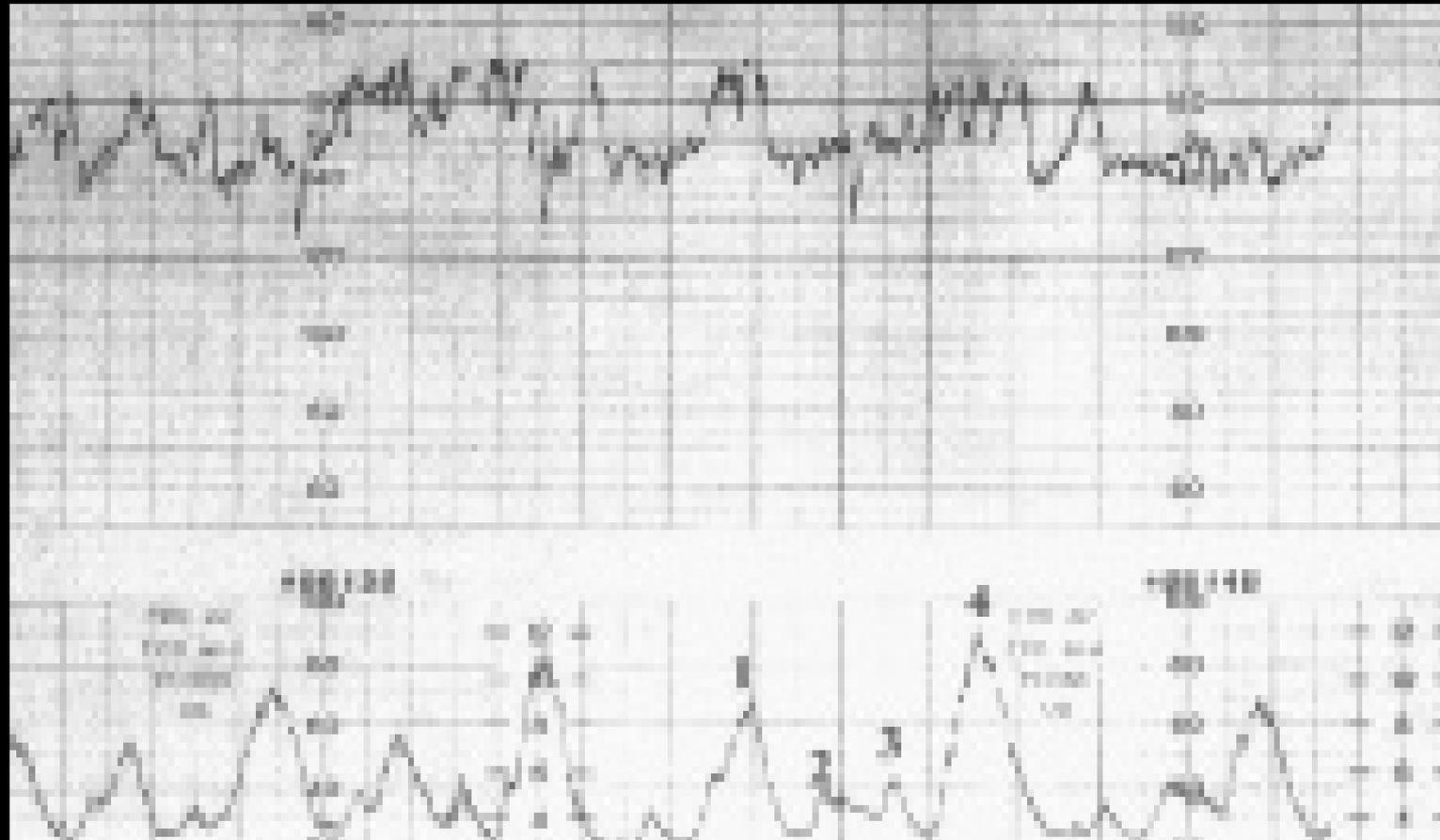
# Incoordinacion de 1° y 2° grado



# Incoordinacion de 1° grado.

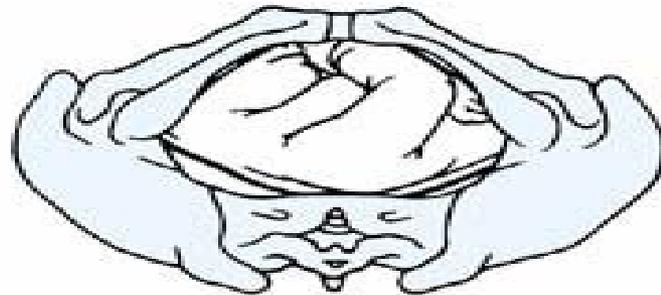


# Incoordinación de 2º grado.



DISTOCIAS DEL OBJETO DEL PARTO.  
DISTOCIA POR SITUACIÓN ANORMAL DEL FETO:  
OBLICUAS Y TRANSVERSAS. CONDUCTA OBSTÉTRICA

- ▣ La conducta dependerá de la edad gestacional, de la integridad de las membranas, de la posición de la placenta y del peso fetal estimado.
- ▣ En las situaciones transversas y oblicuas el parto es imposible por vía vaginal.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.

- ▣ **Versión espontánea** (ocurre raramente).
- ▣ La evolución espontánea de las situaciones oblicuas a longitudinal es más probable si se mantienen las membranas íntegras con las contracciones uterinas.
- ▣ La paciente debe colocarse en el decúbito lateral que deje situada la parte caudal del feto por encima del nivel de la parte cefálica, esperando que por la gravedad, junto con las contracciones, el feto realice una versión espontánea.

- ▣ **Versión externa.** Se realiza a partir de la **semana 36** de gestación, transforma la situación oblicua o transversa en cefálica actuando sobre el feto a través de la pared abdominal.
- ▣ **El llevar las nalgas hacia el estrecho superior no tiene sentido, ya que finalizarán en cesárea programada.**

▣ Cuando el parto se inicia espontáneamente, en ausencia de contraindicaciones, se puede intentar la versión externa, pero si persiste la situación transversa de realizará obligatoriamente una cesárea.

▣ Si se inicia el trabajo de parto en gestaciones pretérmino, de muy escaso peso, por debajo de la viabilidad y con feto muerto debe evitarse cualquier intervencionismo. Estos fetos pueden parirse mediante “**conduplicato corpore**” sin mayor peligro para la madre.

- ▣ **La versión interna, no puede considerarse una opción adecuada, por su amplia morbilidad. Únicamente en el caso de gestaciones gemelares en las que se afronta parto vaginal por presentación cefálica en primer feto, puede valorarse la realización de versión interna y gran extracción del segundo feto.**

# Distocia de hombros

Es la imposibilidad de uno o ambos hombros de atravesar el estrecho superior.

- ▣ La forma más corriente de distocia se observa cuando, después del encajamiento del hombro posterior, el hombro anterior queda bloqueado por la sínfisis púbica.
- ▣ Las formas más graves corresponden a la imposibilidad de ambos hombros de franquear el estrecho superior.

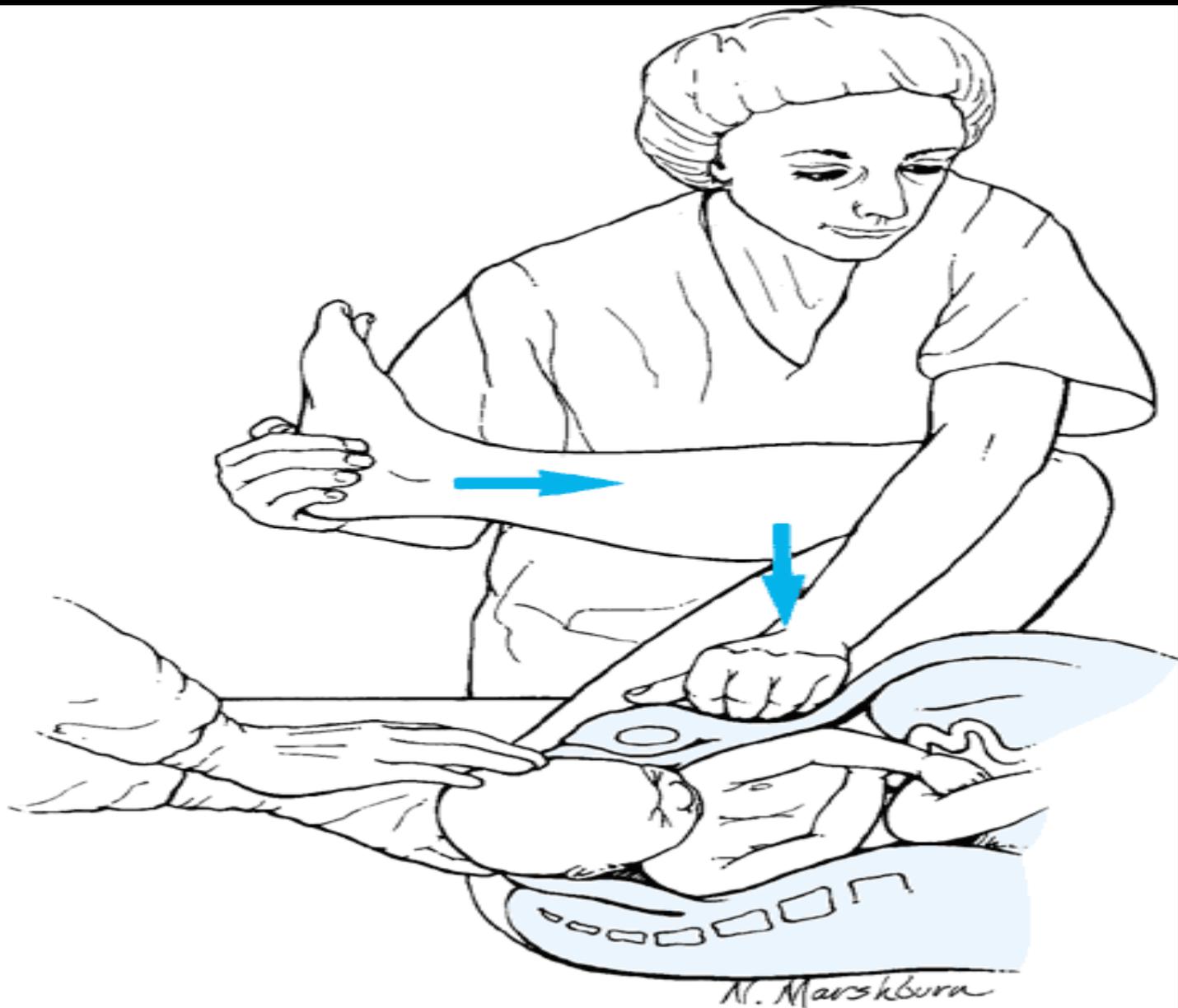
Teniendo en cuenta el lapso de tiempo que transcurre desde el parto de la cabeza hasta el parto de los hombros, se acepta que el intervalo  $>60''$  y la necesidad de realizar maniobras específicas indicarían la existencia de una distocia de hombros.

- ▣ Cuando se establece el diagnóstico de distocia de hombros es importante no
- ▣ ejercer tracciones sobre la cabeza fetal, ya que éstas provocan un aumento aún mayor del
- ▣ diámetro bisacromial, agravando la distocia y produciendo las lesiones del plexo braquial y
- ▣ la fractura clavicular.

- ▣ La presión fúndica complementaria puede impactar aún más el hombro.
- ▣ Es aconsejable llevar a cabo una episiotomía amplia que favorezca, en caso necesario, realizar maniobras invasivas sobre el feto.

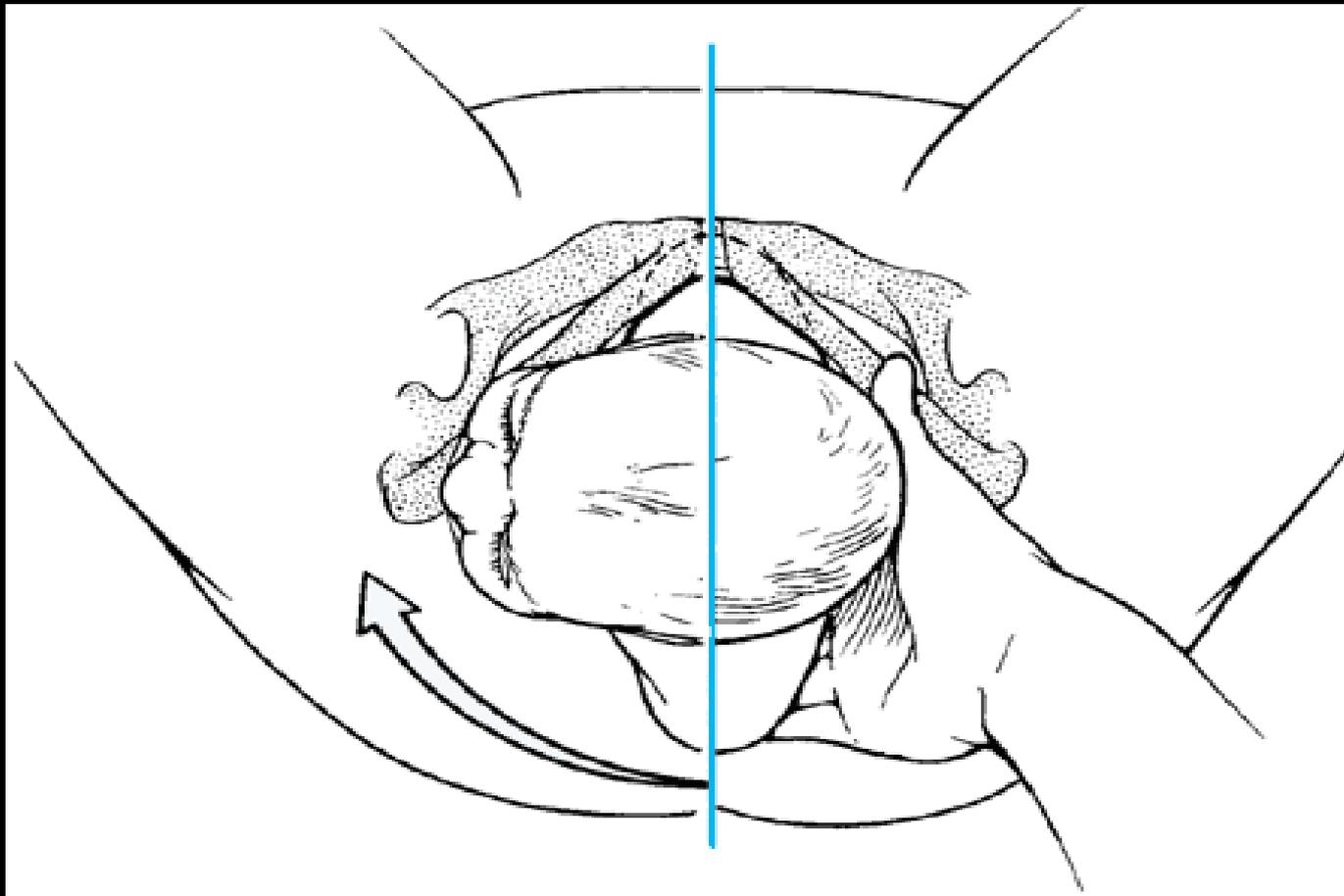
# Maniobras

1. **Hiperflexión de los muslos sobre el abdomen materno y ligera tracción de la cabeza hacia abajo (maniobra de Mc Roberts) ejerciendo una presión suprapúbica moderada HIBBAR (Rubin I) en sentido oblicuo.**

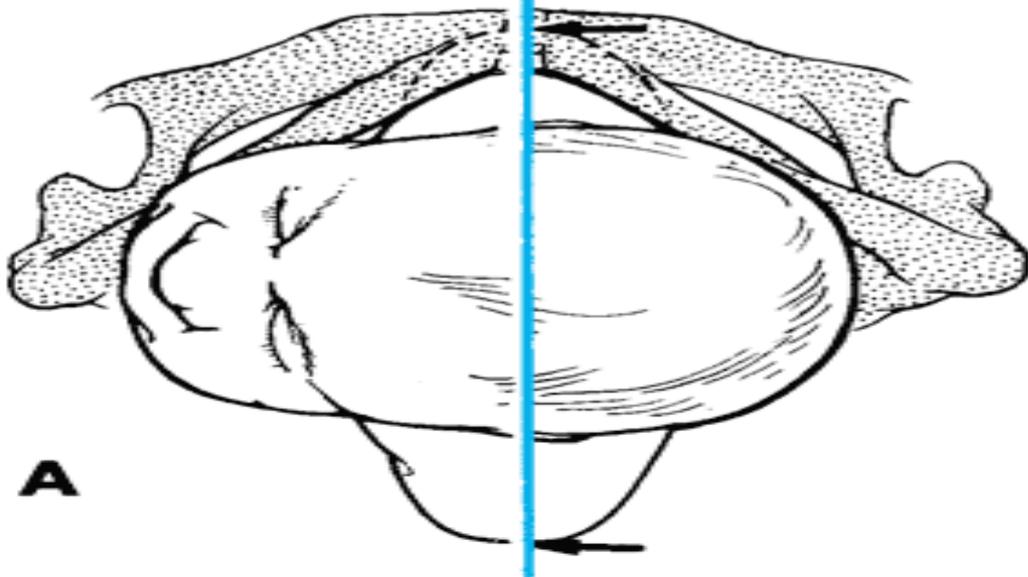


Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.

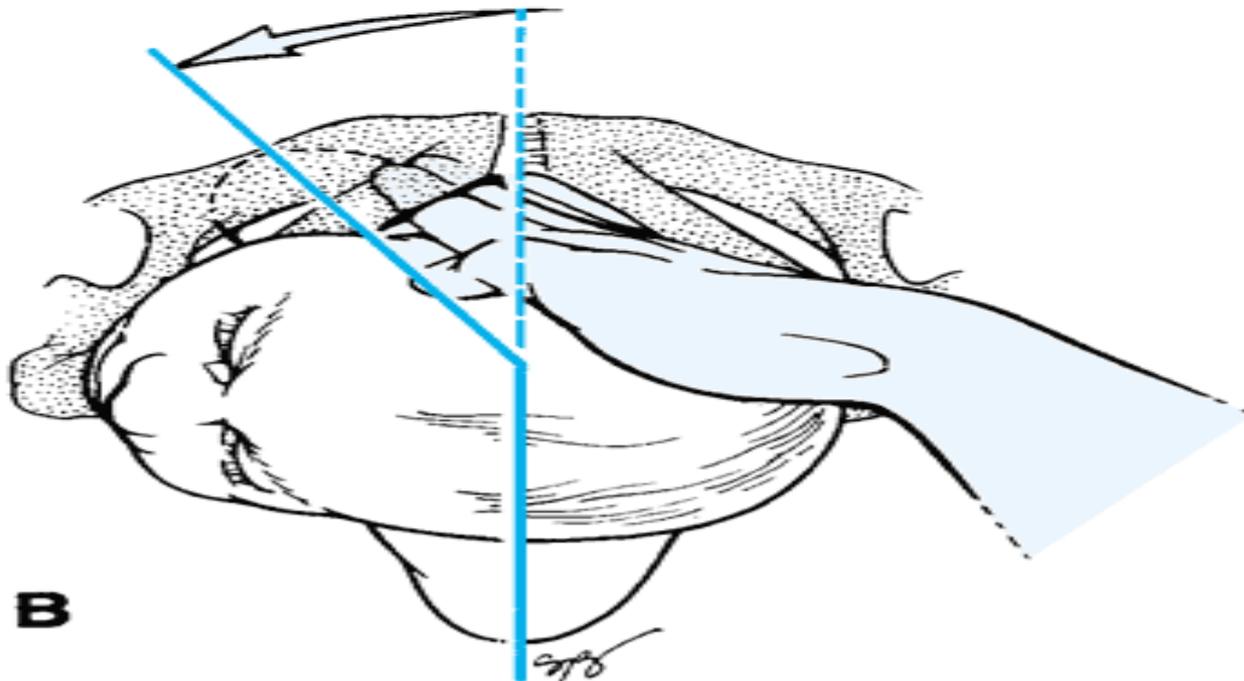
# *Maniobra de Woods.*



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.

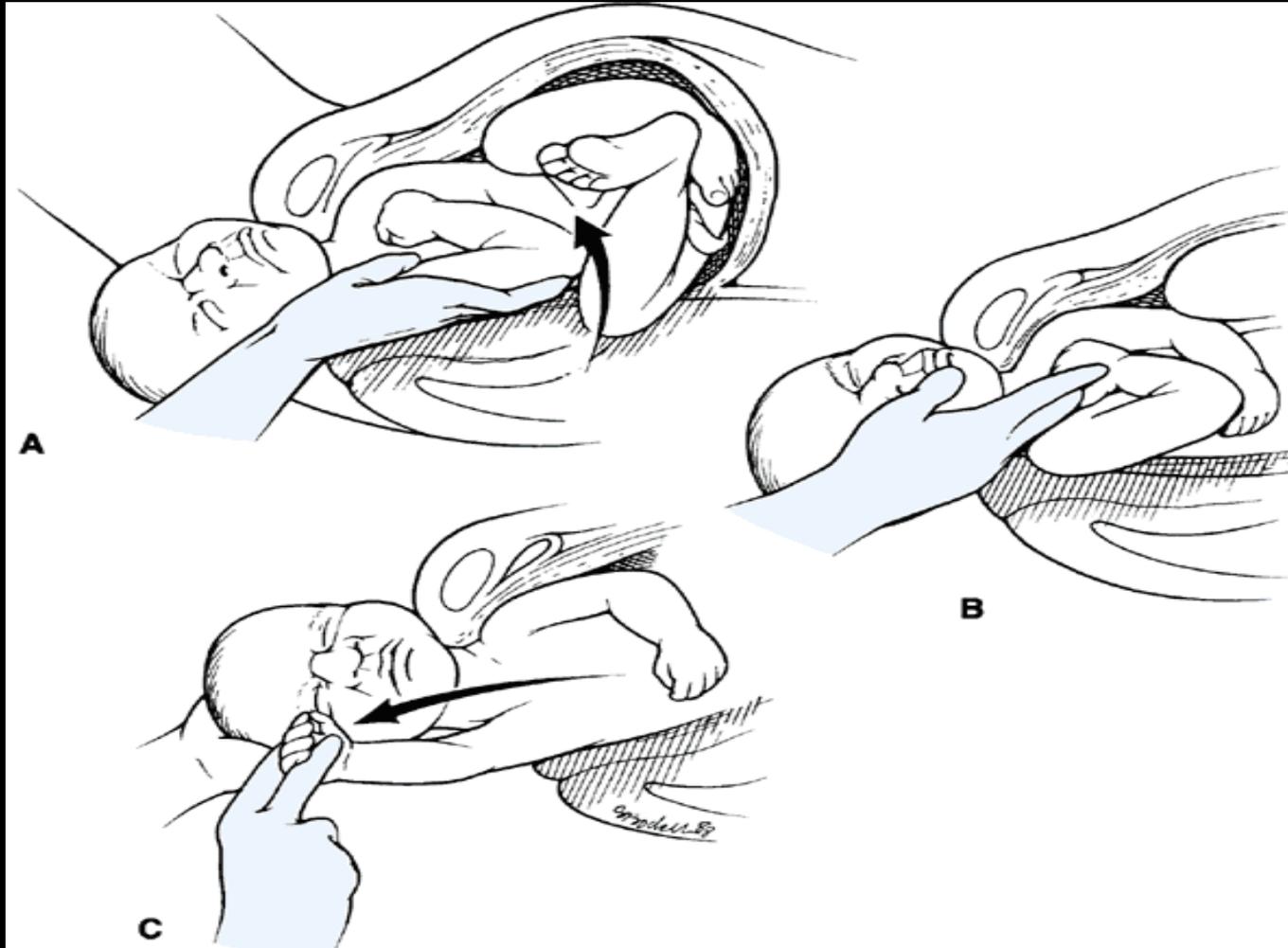


**A**



**B**

# RUBIN II - JAQUEMIER



# EL PARTO DE NALGAS

- ▣ Nalgas puras (simples o solas).
- ▣ Nalgas completas (pies más nalgas).
- ▣ Nalgas incompletas.





Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved.