

Aceleración Oxitócica Amniotomía (RAM) Parte II

**Mat. Prof. Patricia Elgueta V
Departamento Promoción de la Salud
de la Mujer y el Recién Nacido
Facultad de Medicina
Universidad de Chile**

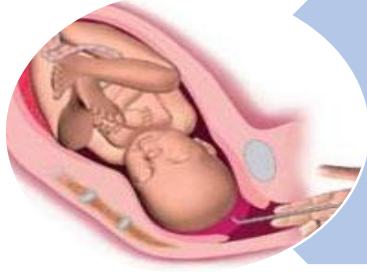


Temas

- ❑ **Amniotomía:**
 - ✓ **Definición**
 - ✓ **Consideraciones generales**
 - ✓ **Riesgos**
- ❑ **Conducción oxitócica:**
 - ✓ **Definición**
 - ✓ **Consideraciones generales**
 - ✓ **Riesgos**
 - ✓ **Indicaciones y Contraindicaciones**
 - ✓ **Manejo**



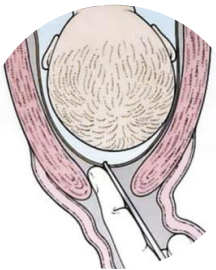
Amniotomía (RAM)



Se define como RAM la metódica a partir de la cual se produce la pérdida de continuidad de las membranas ovulares, realizada en forma artificial a través del tacto vaginal y usando una pinza, manteniendo estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia



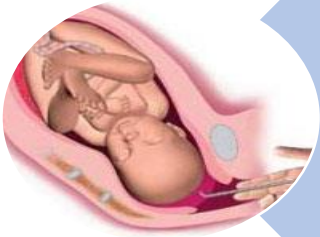
Este procedimiento busca influir en la actividad uterina aumentando su frecuencia, intensidad y duración



El RAM como método tiene riesgos tanto maternos como fetales. Si la aplicación es inadecuada puede llevar a la muerte fetal, en este caso es importante asegurarse que la cavidad pélvica esté completamente ocupada por la presentación, para evitar procidencias de cordón que nos pueden llevar a un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal



Condiciones realizar RAM



Para esto la amniotomía debe realizarse con el útero en reposo y permitir que el líquido amniótico escurra lentamente, de tal manera que no se arrastre el cordón, nunca se debe desalojar la cabeza fetal y un ayudante puede aplicar una presión en el fondo uterino



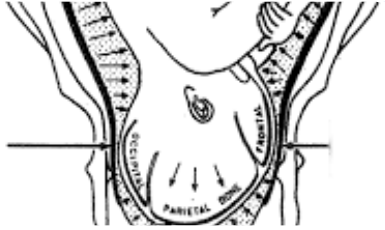
Es fundamental auscultar los latidos cardíacos fetales antes y después de la Amniotomía”



La Amniotomía o RAM debe realizarse “sólo” con el fin de corregir una evolución inadecuada del trabajo de parto que no responden a manejo oxitócico y no adoptarla como una metódica rutinaria en todas las gestantes



Riesgos Amniotomía



Cambiar el polo dilatante de la bolsa por la cabeza fetal, determina que la fuerza de la contracción y la presión del canal duro y blando, generen deformaciones plásticas, cefalohematomas, bolsa serosanguínea



Cambios en la monitorización fetal. Accidentes del cordón



Riesgo Infección

Se ha visto que en el mejor de los casos se acorta unos 45 minutos el trabajo de parto, dependiendo de los antecedentes obstétricos de la madre, por lo cual se reafirma su utilidad solo en casos específicos. Hoy en día, según los últimos estudios, se ha demostrado que la presencia de la bolsa de las aguas íntegras, establece una evolución normal del trabajo de parto y su tendencia actual es mantenerlas así hasta final del período de dilatación



Indicaciones

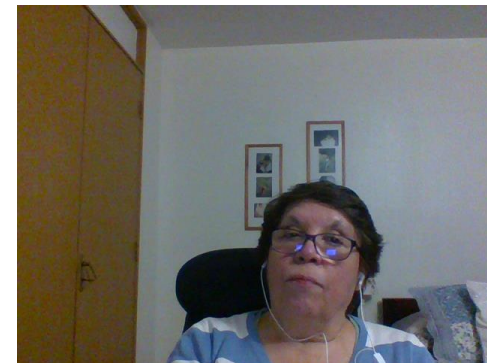
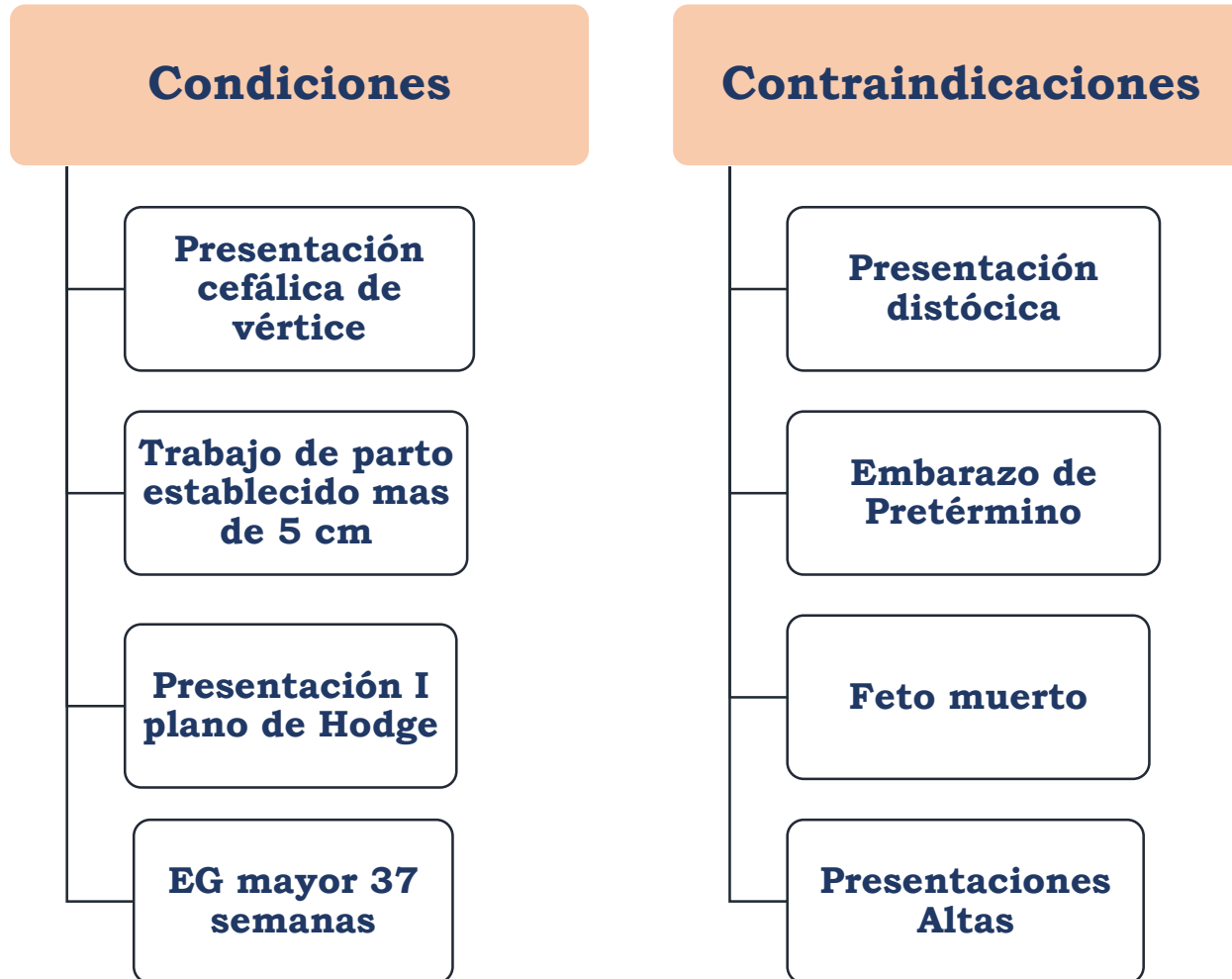
Con el fin diagnóstico, para visualizar líquido amniótico al sospechar presencia de meconio o sangre

Para favorecer el apoyo y descenso de la presentación cefálica en prueba de trabajo de parto

Para iniciar una Prueba de Trabajo de Parto. Para mejorar la actividad uterina



Condiciones y Contraindicaciones para RAM



Aceleración oxitócica- Generalidades

La aceleración ocitócica es una de las metódicas más utilizadas, éste fármaco se administra por vía endovenosa a través de una infusión continua en suero

La forma de actuar de la oxitocina en los receptores de membrana estaría basado en le postulación de dos mecanismos probables

La hidrólisis de fosfatidilinositol (IP3) lo cual lleva a que aumente la liberación de calcio intracelular

Apertura de canales de calcio dependiente de voltaje



Aceleración oxitócica- Generalidades

A dosis bajas carece de efectos vasculares, pero a dosis altas puede producir hipotensión arterial

La vida media del fármaco es de 1 a 6 minutos y el comienzo de la acción se evidencia en forma inmediata si se administra por vía endovenosa y 3 a 5 minutos por vía intramuscular. El efecto a nivel de la actividad uterina se aprecia en forma regular a partir de los 15 minutos y se estabiliza a los 60 minutos



Preparación Aceleración Ocitócica

**Presentación: 1 ampolla / 1cc
corresponde a 5 unidades
internacionales de Oxitocina
(5.000 mu)**

**Dosis Inicial: 1 a 2 miliunidades
(mu) Oxitocina por minuto
Método: Bomba de infusión
continúa (BIC) control del goteo
de la infusión ml/hora**

**Es importante tener claro que la
dosis inicial que se infunde a la
gestante siempre será 1 a 2 mu
de Oxitocina por minuto
independiente de la
concentración, es decir, las
unidades de ocitocina colocadas
en el suero de 500 o 1.000 cc**



Ejemplo calculo de administración de ocitocina

Si quiero colocar 5 UI de Oxitocina en el suero

- ❑ **Lo primero que se debe realizar es cargar la ampolla (1cc = 5U Oxitocina) en una jeringa y colocar en 500 cc de suero, con lo que se obtendrá:**

1cc solución Oxitocina = 10 miliunidades

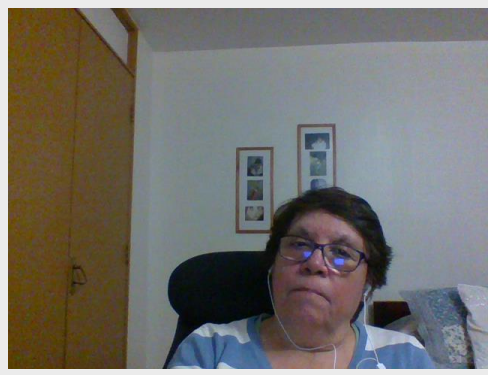
- ❑ **Si tenemos claro que 1cc corresponden a 20 gotas, sabremos que en 20 gotas hay 10 miliunidades**
- ❑ **Por lo tanto si la dosis inicial es de 1 miliunidad /minuto, se deben regular 2 gotas por minuto y si se desea administrar 2 miliunidades/minuto serán 4 gotas por minuto y si se quiere 4miliunidades/minuto serán 8 gotas por minuto**



Ejemplo calculo de administración de ocitocina

- ❑ Se pueden hacer muchos cálculos dependiendo de las unidades colocadas en el suero y de la dosis con la que se inicia la aceleración
- ❑ Se ha establecido que la dosis máxima de Oxitocina a administrar es de 40 miliunidades por minuto, para evitar sus efectos adversos y el bloqueo de los receptores
- ❑ El método más exacto para la administración de una aceleración es a través de una bomba de infusión continua. En este caso se puede colocar 10 Unidades de ocitocina en 500 cc de suero, realizando la regla de tres, obtendremos que en 1cc hay 20 miliunidades de ocitocina, es decir 1 miliunidad está en una gota
- ❑ En las bombas de infusión continua hay que programar los ml/hora que se perfundirán, por lo tanto, si quiero administrar 1 miliunidad = 1 gota minuto, esto en una hora serían 60 gotas y esto es igual a 3ml. Finalmente la bomba tendríamos que programarla a 3 ml/hora





Manejo Aceleración Oxitócica

Depende fundamentalmente de los objetivos que cada aceleración tiene y que va en directa relación con la etapa del trabajo de parto que se cursa y la paciente a la cual se le está administrando

Para iniciar una aceleración se tiene que saber si la dinámica uterina es coordinada o no, es decir, si las CU son rítmicas y regulares, se debe conocer su frecuencia en 10 minutos y su duración, la cual nos indica indirectamente su intensidad

Teniendo esta información se pueden plantear los objetivos de la aceleración

Independiente de los objetivos de la aceleración se debe iniciar siempre con dosis mínimas de 1 a 2 miliunidades por minuto, una vez iniciada la aceleración se realiza una evaluación a los 30 minutos, con un control de dinámica uterina, lo ideal es realizarlo de manera manual ya que deben recordar que el monitor puede registrar la frecuencia pero no la intensidad



Evaluación de la administración de Ocitocina

Que se logre con esta dosis inicial el objetivo planteado, es decir, aumentar la frecuencia y/ duración, logrando una regularización. En este caso se mantiene el goteo oxitócico

Que se logran algunos de los cambios deseados, por ejemplo, aumentó sólo la duración de las contracciones o sólo aumentó la frecuencia. Si es así se debe aumentar la dosis en un 50%. Ejemplo: si se inició la aceleración con 2 miliunidades en este caso se debe aumentar 1 miliunidad, es decir, dejar el goteo a 3 miliunidades para evaluar en 30 minutos más y ver si se lograron los objetivos propuestos

No se produce ningún cambio y en este caso se debe doblar la dosis inicial. Ejemplo: si se inició con 2 miliunidades en este caso se deben aumentar 2 miliunidades más, dejando un goteo de 4 miliunidades por minuto. Esta duplicación de la dosis se debe realizar hasta 8 mU/min; luego se harán incrementos de 2-4 mUI/min con un máx. de 40mUI/min



Actuar frente alteraciones de la respuesta uterina

Se debe evaluar en forma constantes

**Latidos cardíaco
fetales**

**Frecuencia y duración
de las contracciones
uterinas**

Tono uterino

**Suspender la
administración de la
infusión ocitócica**

**En paralelo
administrar suero
fisiológico o Ringer
solo rápido**

**Colocar a la paciente
en decúbito lateral
izquierdo**

**Realizar un control constante de
los latidos cardíacos fetales y tono
uterino**



Indicaciones para uso Oxitocina

Indicaciones:

- ✓ **Hipodinamia**
- ✓ **Bradisistolía**
- ✓ **Falta de descenso de la presentación (pelvis compatible).**
- ✓ **Trabajo de parto arrastrado o expulsivo detenido, por alteración de la dinámica uterina**
- ✓ **Rotura Prematura de Membranas**
- ✓ **Prueba de Trabajo de Parto**
- ✓ **Test de Tolerancia a las Contracciones (TTC)**
- ✓ **Inercia Uterina**



Contraindicaciones para uso Oxitocina

Contraindicaciones:

- ✓ **Parto Pretérmino (relativa)**
- ✓ **Antecedente de cesárea (relativa)**
- ✓ **Sufrimiento fetal (relativa)**
- ✓ **Hipertonía uterina**
- ✓ **Desprendimiento Prematuro Placenta Normoinserta (DPPNI)**
- ✓ **Polisistolía**
- ✓ **Hipersensibilidad al fármaco**
- ✓ **Hipotensión severa**
- ✓ **Desproporción céfalo pélvica**



Test Tolerancia Contracciones (TTC)

Objetivo

- **Evaluar la función de la Unidad Feto placentaria**

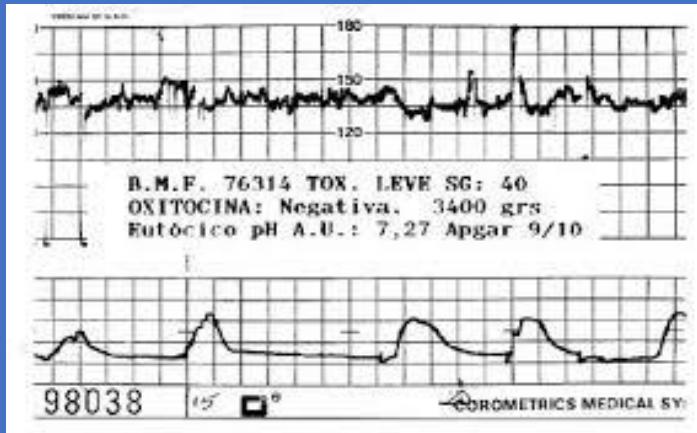
Positivo

- **En el trazado presencia de desaceleraciones tardías en tres o más contracciones uterinas seguidas o en un trazado de 20 contracciones un 50%**
- **La presencia de dichas desaceleraciones en un 25% de las contracciones**

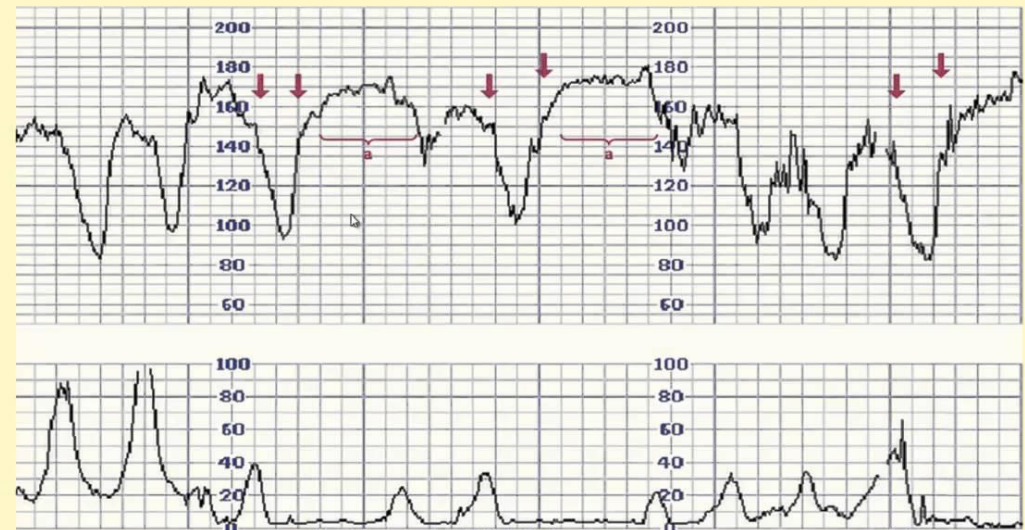
Negativo

- **Sin presencia de desaceleraciones y buena variabilidad**





Atypical variable decelerations



Kim Hinshaw Aarti Ullal, Peripartum and intrapartum assessment of the fetus, Anaesthesia and Intensive Care Medicine 8:8;2007

Arrows indicate loss of shouldering. (a) Baseline tachycardia with reduced variability



Prueba de Trabajo de Parto

Consiste en poner en contacto íntimo la presentación cefálica con el estrecho superior de la pelvis garantizando un trabajo de parto con un motor óptimo y sin que medie ningún otro obstáculo, como la bolsa de aguas

Se indica cuando se considera que existe una situación límite para que el encaje se verifique en forma natural

Se otorga un plazo de 2 a 4 horas para que esto se efectúe, la evaluación debe ser realizada siempre por la misma persona para evitar que exista una conducta inadecuada

Si al cabo del tiempo no existen cambios se considera fracasada y se opta por la vía alta para la interrupción del embarazo





GRACIAS



Referencias bibliográficas

- ❑ **Fescina RH, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. 7ma ed. Buenos Aires: El Ateneo; 784 p. Cunningham. Panamericana. Buenos Aires. Argentina**
- ❑ **Varney Helen, Kriebs Jan M., Gegor Carolyn,” Partería Profesional” 2006, OPS,4° edición**
- ❑ **Dra. Constanza Ralph, Dr. Jorge Carvajal, Obstetricia Ginecología, 3° Edición, Agosto 2012. <http://medicina.uc.cl/docman/doc-•-view/920>**

