



EMERGENCIAS Y COMPLICACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

Rita Avendaño Gutiérrez

Matrona- Académica

Mg en Educación en Ciencias de la Salud

EMERGENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

Según la real academia de la lengua española (RAE), emergencia se define como situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Puede ser una situación previsible o no previsible.



Compromiso del bienestar fetal

Metrorragia

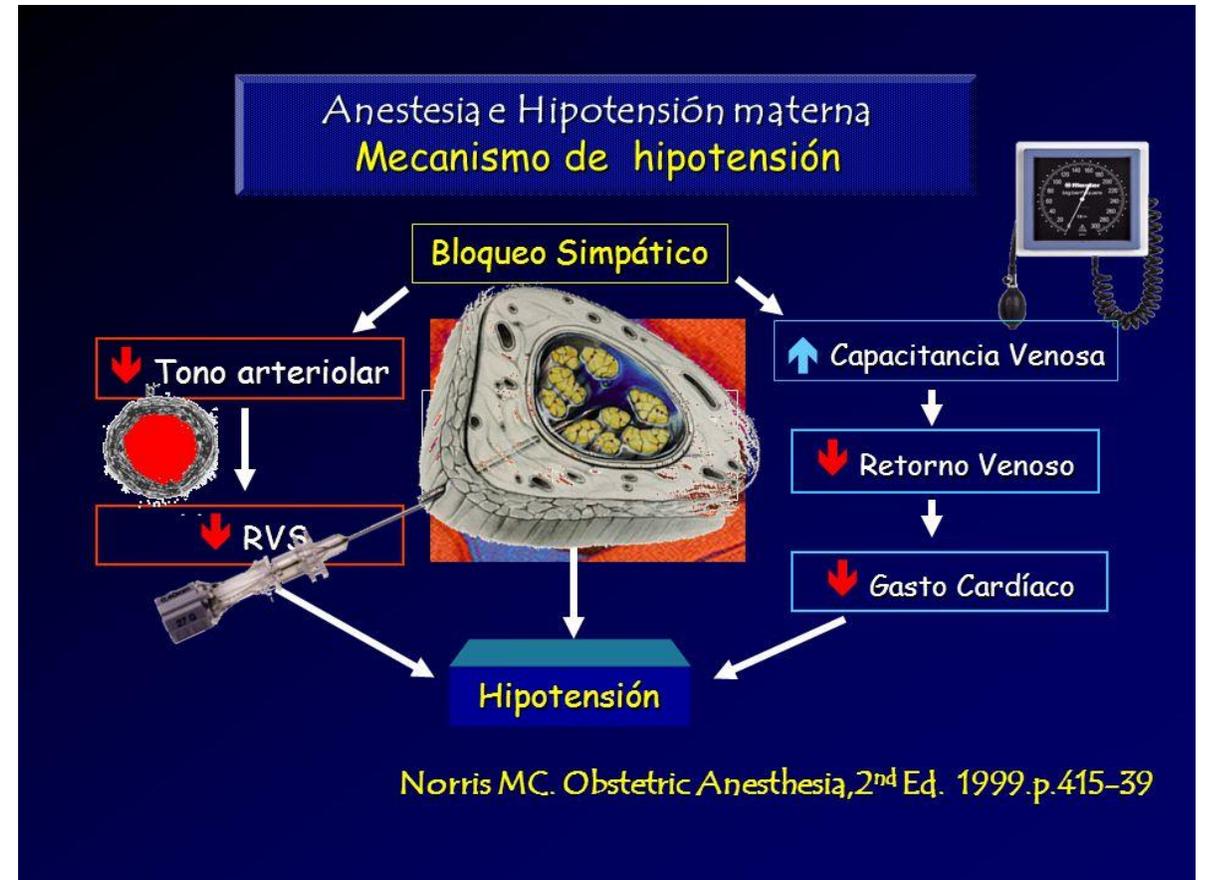
Convulsiones por eclampsia

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA PERIDURAL /RAQUIDEA

Hipotensión arterial:

Inyección subaracnoidea masiva

Punción Duramadre



CONDUCTAS

HIPOENSION

ARTERIAL:administración de 500 ml de cristaloides antes de administrar la anestesia, y manteniendo a la paciente en decúbito lateral)

ANESTESIA TOTAL:soporte vascular y respiratorio, pudiendo causar en el feto hipotensión e hipoperfusión placentaria secundaria)

PUNCION DURAMADRE: de forma accidental ,educación a pcte sobre sintomatología posible .Tratamiento en base a hidratación ,analgesia ,posible parche de sangre.

PROLAPSO DE CORDON

Protrusión del cordón umbilical a través del cuello uterino dilatado, antes de la salida del feto

PROLAPSO DE CORDÓN

Prolapso Franco

Cordón umbilical por delante de presentación fetal

Procubito

Membranas íntegras

Cordón no sale por canal vaginal



Procidencia

Membranas rotas

Cordón sale por canal vaginal
! (Peor pronóstico)



Prolapso Oculto

Cordón umbilical lateral a presentación fetal

Laterocidencia

Membranas íntegras

Cordón no sale por canal vaginal



FACTORES DE RIESGO



Parto prematuro



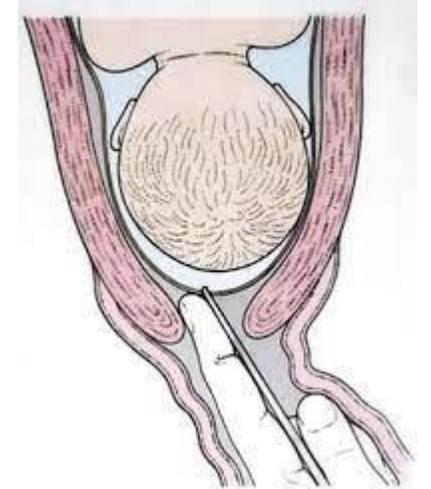
Embarazo múltiple



Polihidroamnios



Presentación podálica



RAM o REM con presentación no encajada: factor desencadenante más importante

MANEJO DEL PROLAPSO DEL CORDON

El médico o matróon que hace el tacto vaginal, y el diagnóstico de prolapso, empuja la presentación fetal evitando la compresión del cordón por la cabeza fetal.



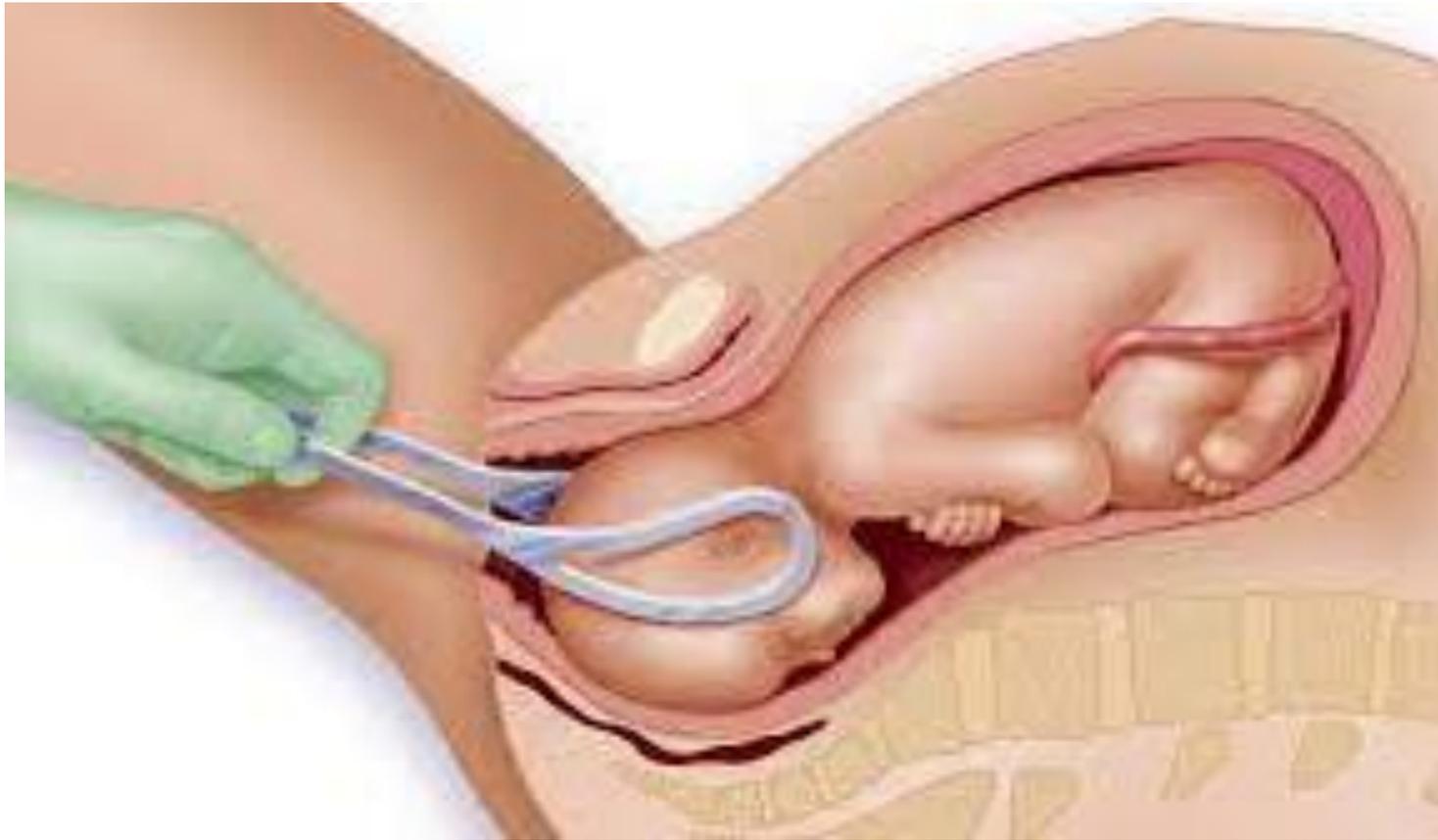
Se mantendrá en esta posición hasta la extracción del RN por cesárea. Se traslada a la paciente a pabellón y se administra anestesia raquídea o general.



Operación cesárea de urgencia.



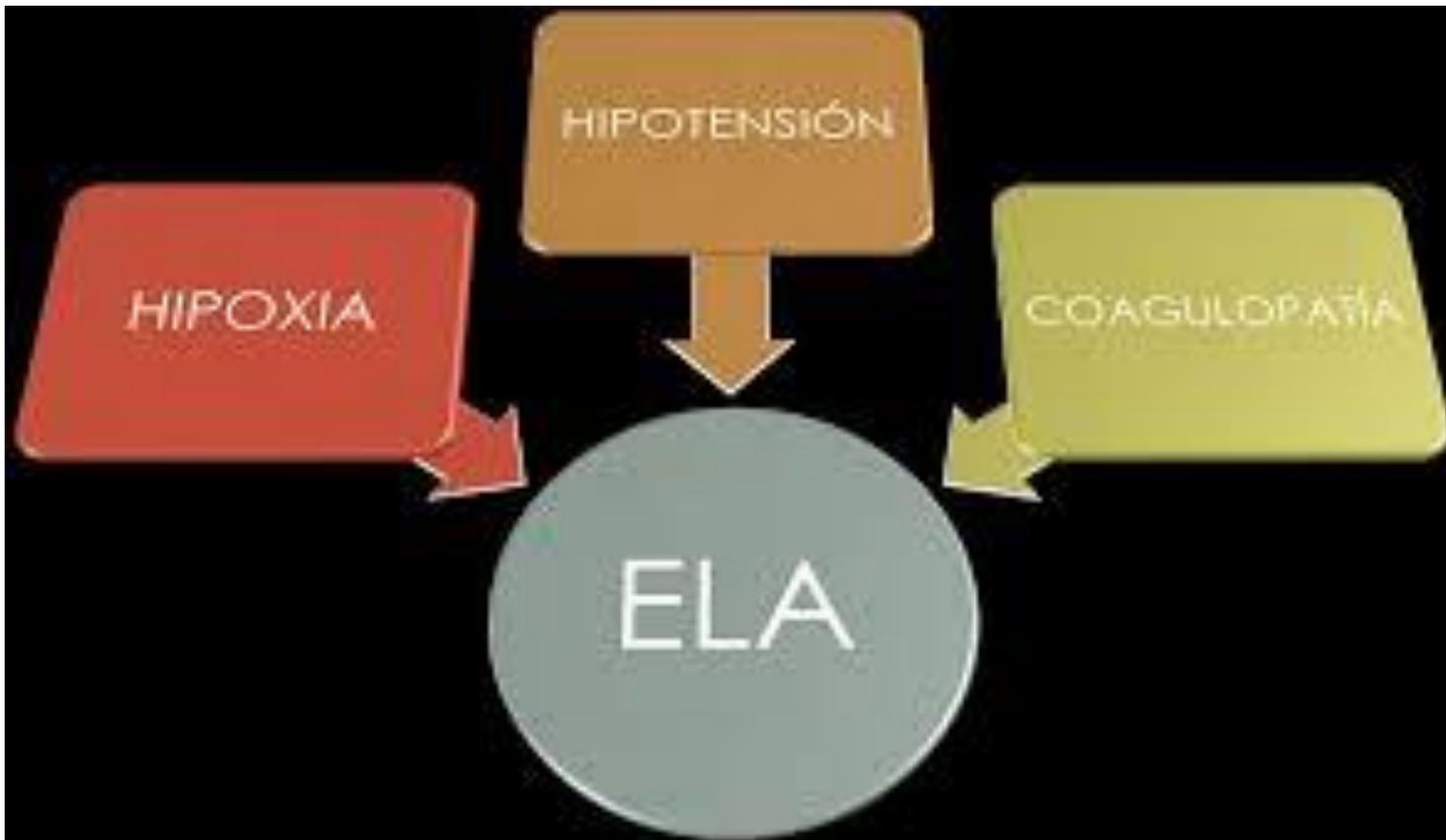
Una vez que ha salido el RN, el médico o matróon/a que hace el tacto vaginal puede retirar su mano.



PROLAPSO :DILATACION
COMPLETA E+2

Si el prolapso de cordón se produce en una mujer con dilatación completa y presentación en espinas +2, se atenderá el parto vaginal, probablemente con ayuda de un fórceps.

EMBOLIA DEL LIQUIDO AMNIOTICO



Episodio de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), asociado a hipotensión severa, shock y coagulopatía clínica y de laboratorio.

La letalidad es cercana al 60-80%.

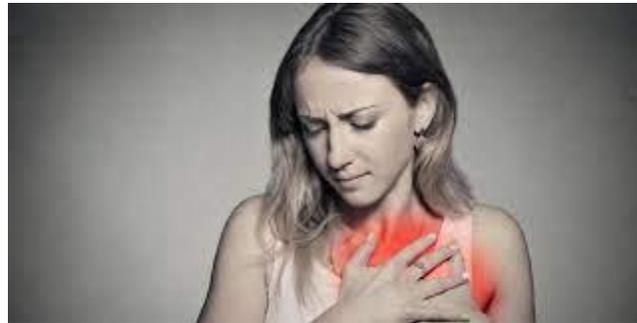
El paso de material del líquido amniótico al torrente circulatorio materno genera un shock anafiláctico y que esa es la causa del distrés respiratorio, más que la embolía en sí misma

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

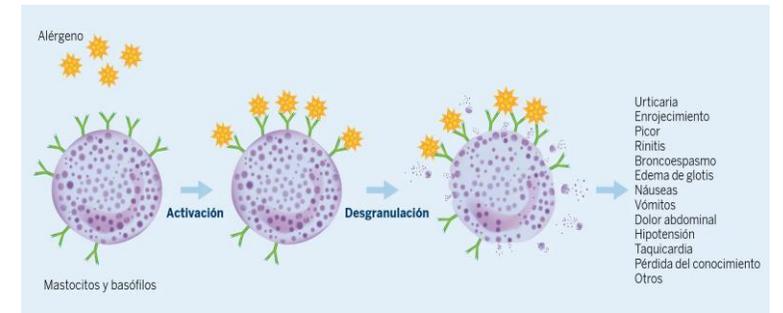
TEP masivo



IAM



shock anafiláctico



MANEJO EMBOLIA LIQUIDO AMNIOTICO



Análisis de parámetros MEFI:

- Contracciones uterinas: Nº de contracciones en 10 min.
 - Normal: 4-5 CU/10 min
 - Alterado: Hiposistolía: ≤ 3 CU/10 min o Taquisistolía: ≥ 6 CU/10 min
- Frecuencia cardíaca basal (FCB):
 - Normal: 110-160 lpm
 - Alterado: Bradicardia: < 110 lpm o Taquicardia: > 160 lpm
- Variabilidad de la Frecuencia basal:
 - Normal: variabilidad moderada, de 6-25 lpm
 - Alterado: Variabilidad reducida: ≤ 5 lpm o Variabilidad marcada o saltatoria: > 25 lpm
- Aceleraciones: aumento transitorio y abrupto de la frecuencia basal.
- Desaceleraciones: baja transitoria de la FCB ≥ 15 lpm o por ≥ 15 s. *Se clasifica en:*
 - Desaceleraciones periódicas: las de tipo uniforme y repetido (similares entre ellas)
 - Precoces: se producen por compresión de la cabeza fetal
 - Tardías: indican hipoxia o acidosis
 - Desaceleraciones variables: dadas por la compresión del cordón. Varían en su forma y en su relación con las CU, pueden ser profundas, pero siempre duran < 2 minutos
 - Otras desaceleraciones:
 - Desaceleración prolongada: desaceleración entre 2 y 10 min
 - Bradicardia mantenida: desaceleración por > 10 min
 - Patrón sinusoidal: patrón ondulante regular, de al menos 10 minutos, con una frecuencia de 3-5 ciclos/min y una amplitud de 5-15 lpm sobre y bajo la basal

PARAMETROS MEFI

FLUJOGRAMA MANIOBRAS REANIMACION INTRAUTERINA

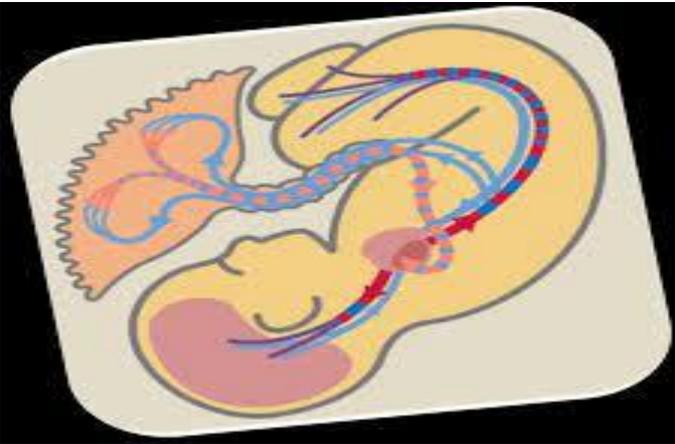
Corregir hipotensión o SRL o Fisiológico

Lateralización materna

Oxigenación o Mascarilla: O₂ 10 L/min

Suspender ocitocina

Tocolisis de emergencia





EMERGENCIAS DURANTE
PERIODO EXPULSIVO

INDICACIONES DEL PARTO VAGINAL ASISTIDO

1. Expulsivo detenido:

La presentación está en espinas +3, en directa (occípito-púbica), pero el pujo no es efectivo en lograr la expulsión del feto .

2. Estado fetal no tranquilizador:

Bradicardia del expulsivo

Prolapso de cordón

3. Distocia de posición fetal con necesidad de rotación

instrumental: la presentación está en espinas +3, pero la variedad de posición no es occípito-púbica.

4. Condición materna:

Pacientes cardiópatas, principalmente con hipertensión pulmonar, donde el pujo puede agravar su insuficiencia respiratoria.

Con evidencia discutible, existen ciertas patologías neurológicas (aneurisma cerebral) u oftalmológicas (miopía severa), en que el pujo excesivo no es aconsejable

RETENCION DE HOMBROS

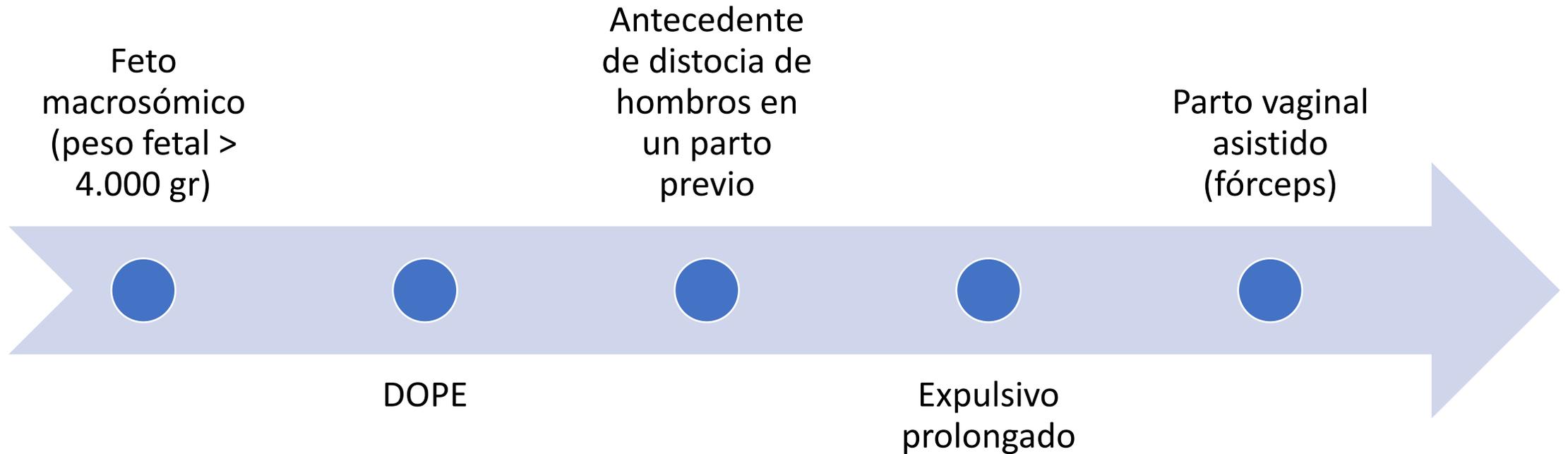


Signo de la TORTUGA:

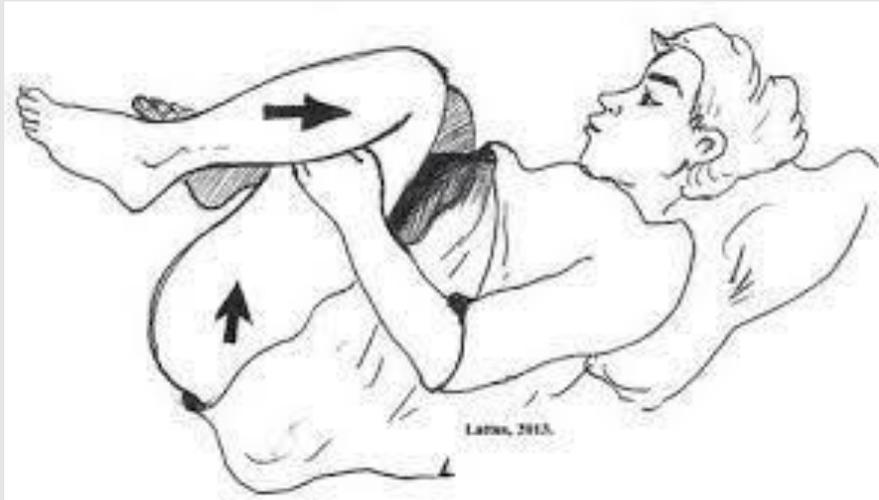
El hombro anterior queda trabado detrás de la sínfisis púbica.

El diagnóstico se efectúa cuando luego de la salida de la cabeza fetal, no se logra la expulsión de los hombros, transcurridos 60 segundos de suave tracción de la cabeza fetal.

Factores de riesgo para retención de hombro



MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL O LINEA

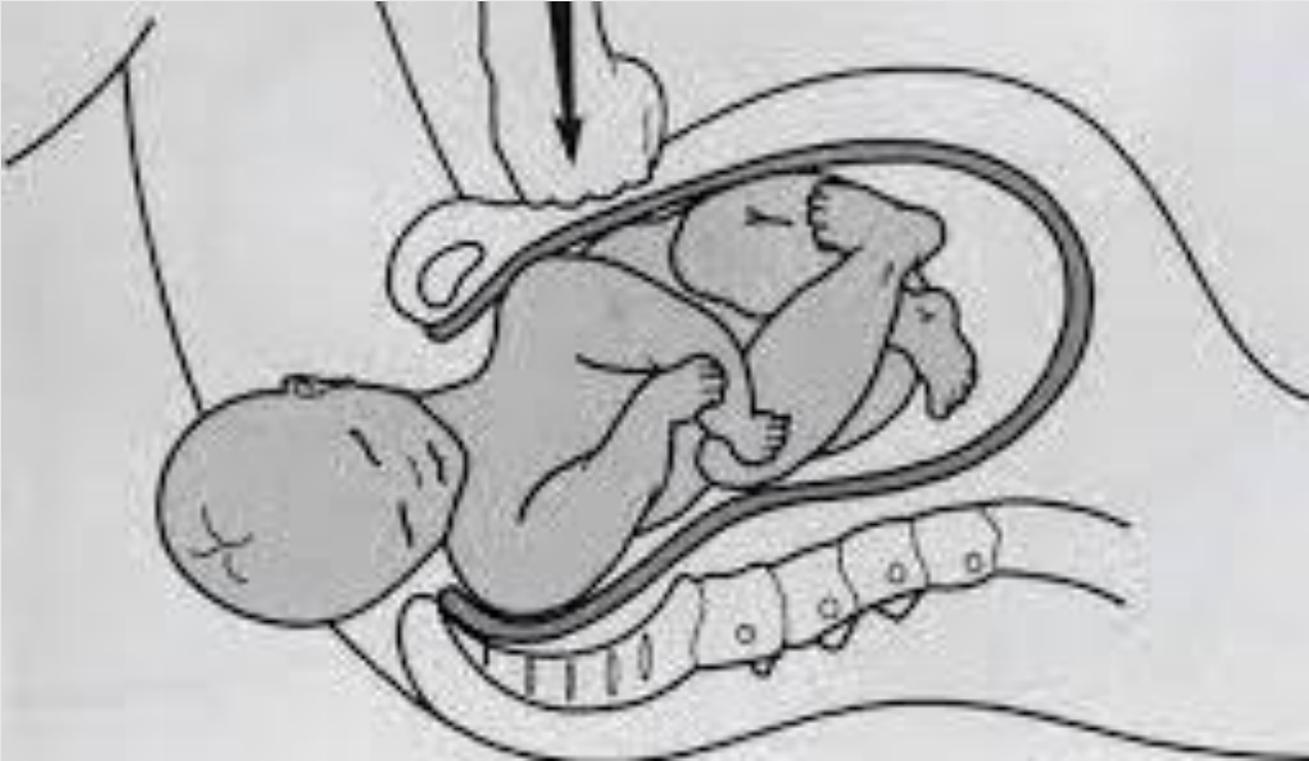


Mc Roberts : La mujer debe estar acostada y se deben quitar las almohadas de debajo de la espalda.

Con un asistente a cada lado, las piernas de la mujer deben estar hiperflexionadas sobre el abdomen.

Si la mujer está en posición de litotomía, será necesario retirar sus piernas de los soportes

MANIOBRA PRIMER NIVEL



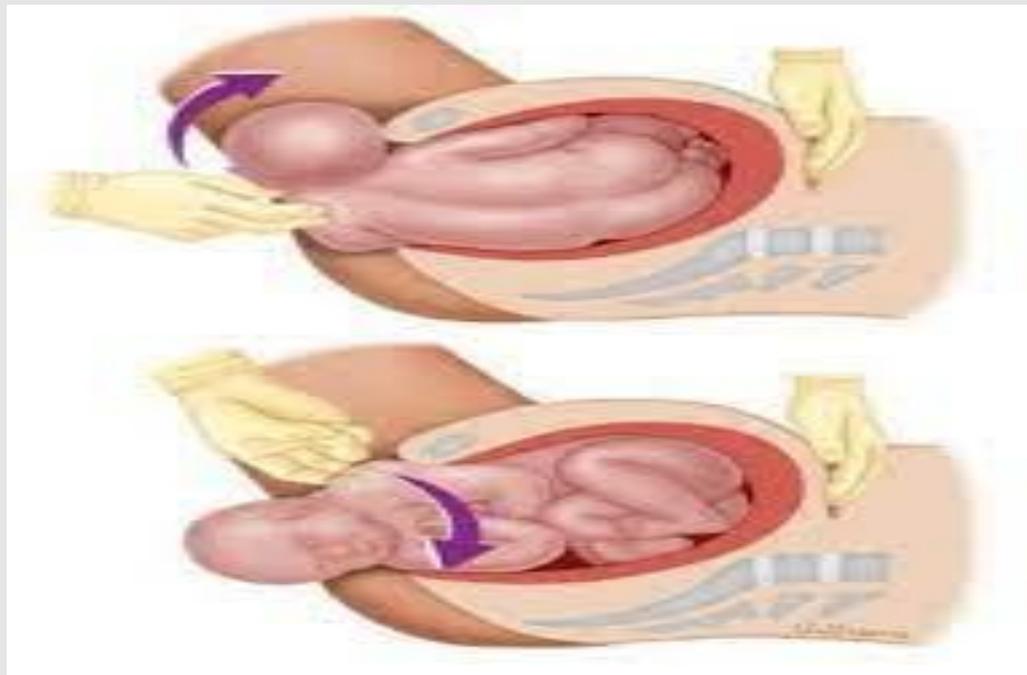
- Presión suprapúbica (técnica de Mazzanti)
- Desimpactar el hombro anterior del feto que se encuentra tras la sínfisis pubiana, desplazándolo hacia un diámetro oblicuo.
- Tracción suave de la cabeza fetal.
- Desprendimiento del hombro posterior.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL O LINEA



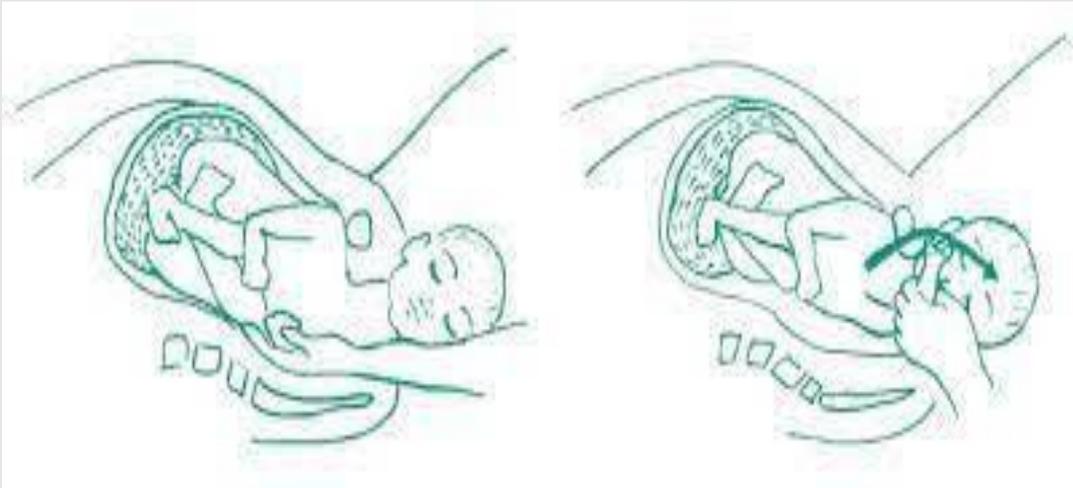
- Rotación manual a diámetro oblicuo o Maniobra de Rubin
- Con la mano, o dos dedos, en la espalda del feto (detrás del hombro anterior) se empuja el hombro para sacarlo de su posición bajo la sínfisis pubiana (diámetro anteroposterior de la salida de la pelvis) y llevarlo hacia un diámetro oblicuo.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL O LINEA



- Maniobra sacacorchos o Woods: se prolonga la presión sobre el hombro fetal, rotando los hombros en 180 grados,
- de modo que el hombro que era posterior quede bajo la sínfisis pubiana
- Tracción suave de la cabeza fetal.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL O LINEA



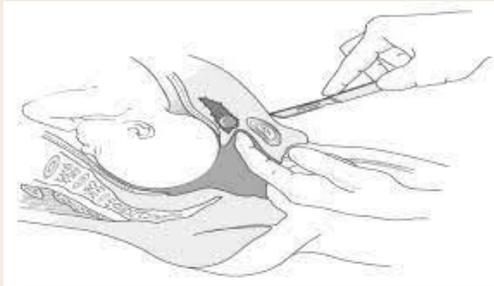
- Extracción del brazo posterior: se introduce la mano en la vagina para intentar tomar y traccionar el brazo posterior del feto

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL O LINEA



- Posición de gateo ó Maniobra de Gazkin : se pide a la paciente que se ponga en posición de gateo, con la espalda lo más arqueada posible sobre la camilla .
- En esa posición se intenta la extracción fetal mediante tracción suave de la cabeza (hacia abajo y afuera) con lo que es posible lograr el desprendimiento del hombro posterior (cerca del sacro).

MANIOBRAS DE TERCER NIVEL O LINEA



- Restitución de Zavanelli: se intentará introducir nuevamente al feto en la cavidad uterina y efectuar una operación cesárea.
- Esta maniobra puede facilitarse con el uso de tocolisis de emergencia con nitroglicerina.
- • Sinfisiotomía: con el uso de un bisturí, y bastante fuerza, se intentará acceder al cartílago pubiano, para separar los dos huesos coxales.
- • Fractura de Clavícula: ejerciendo presión con el pulgar se procede a fracturar la clavícula con el fin de reducir el diámetro biacromial y facilitar la salida de los hombros.

COMPLICACIONES POST RETENCION DE HOMBROS

FETALES

fractura de clavícula, fractura de húmero, dislocación cervical y/o lesiones del plexo braquial.

depresión neonatal hasta asfixia perinatal o muerte.

MATERNOS

desgarros vagino-perineales graves

hemorragia posparto

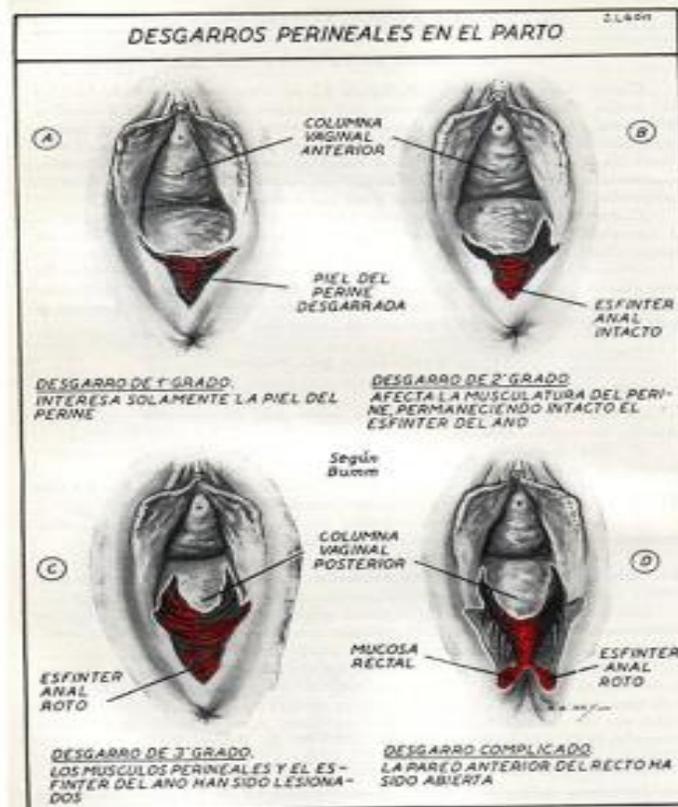
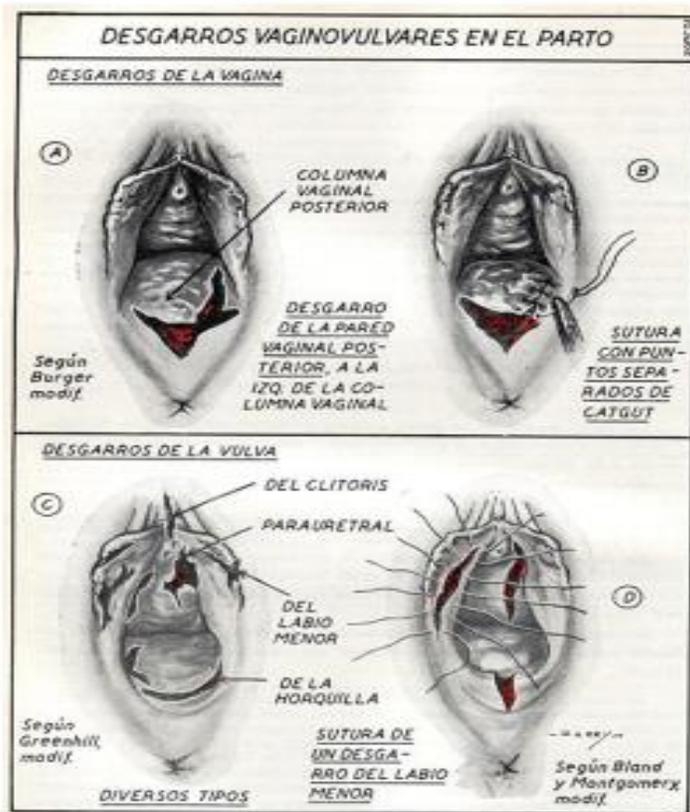
incontinencia urinaria

incontinencia fecal y

hospitalización prolongada.

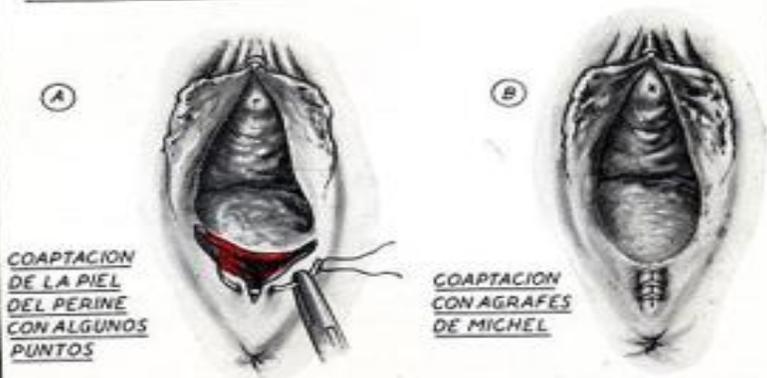
DESGARROS VAGINALES POST PARTO

Grado	Estructuras anatómicas comprometidas
I	Mucosa vaginal
II	Mucosa vaginal + musculatura perineal, sin compromiso del esfínter anal
III	Esfínter anal
	III a < 50% del esfínter anal externo
	III b > 50% del esfínter anal externo
	III c Esfínter anal externo e interno
IV	Esfínter anal externo + interno + mucosa rectal



DESGARROS PERINEALES EN EL PARTO. SU SUTURA

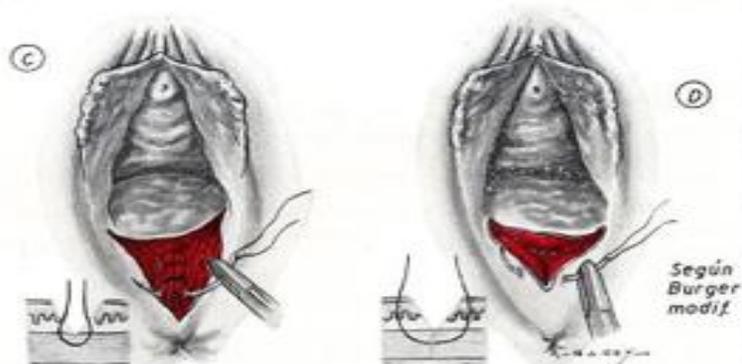
SUTURA DE LOS DESGARROS DE PRIMER GRADO



COAPTACION DE LA PIEL DEL PERINE CON ALGUNOS PUNTOS

COAPTACION CON AGRAFES DE MICHEL

SUTURA DE LOS DESGARROS DE SEGUNDO GRADO



SUTURA PLANO POR PLANO

SUTURA EN BLOCK

Según Burger modif.

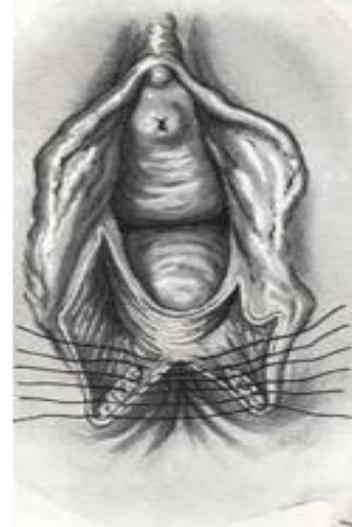
SUTURA DE LOS DESGARROS PERINEALES COMPLETOS

SUTURA DEL RECTO

PUNTOS SEPARADOS CON CATGUT MUY FINO, SIN INTERESAR LA MUCOSA.

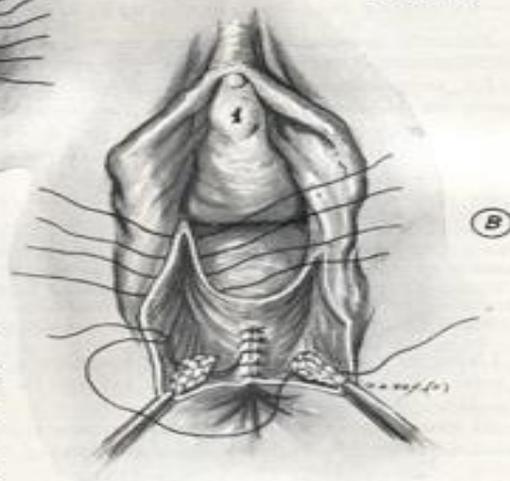
CONVIENE EFECTUAR UN SEGUNDO PLANO (SUTURA CONTINUA)

Según Jaschke



SUTURA DEL ESFINTER AL ANO

ATRAEN LOS CABOS DEL ESFINTER EXTERNO AL ANO, QUE SE UNEN EN DOS O MAS PUNTOS CON CATGUT. RESTO DE LA SUTURA REALIZA COMO SI SE ATARA DE UN DESGARRO DE SEGUNDO GRADO



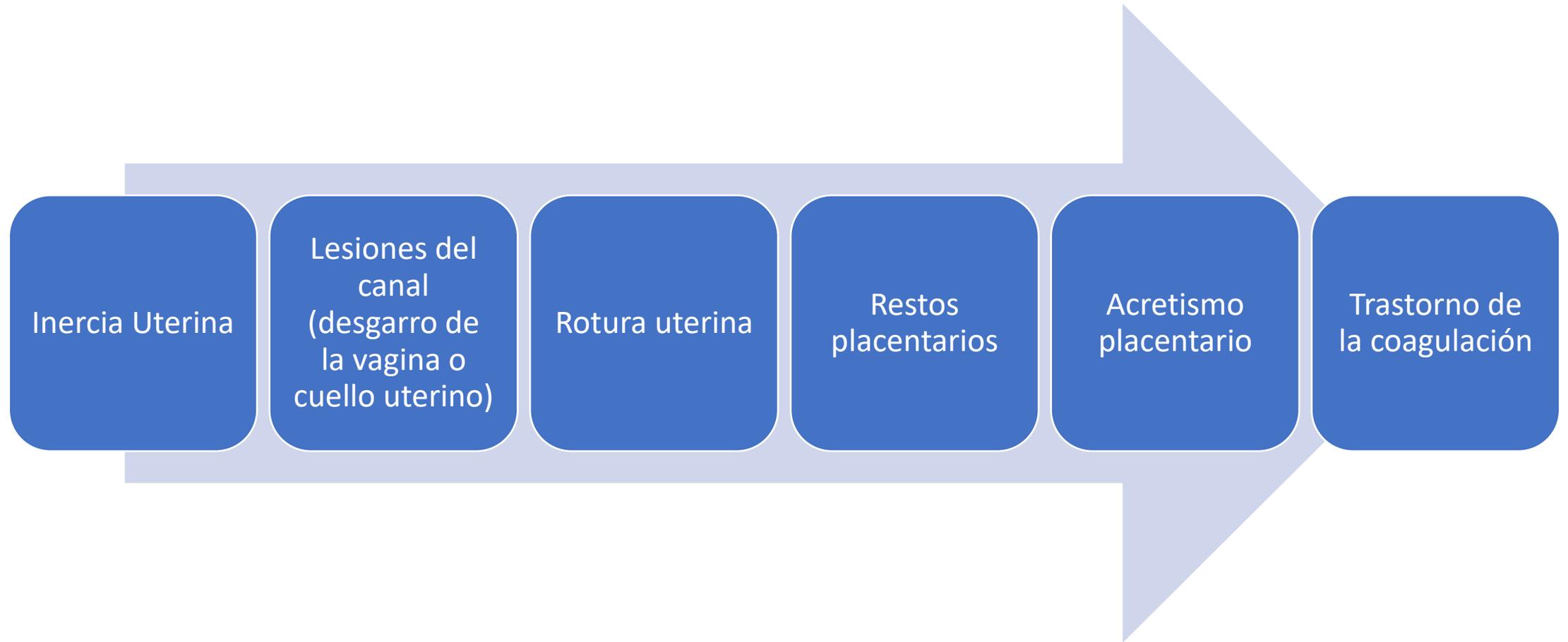
EMERGENCIAS DURANTE ALUMBRAMIENTO Y POST ALUMBRAMIENTO

HEMORRAGIAS PUERPERALES

- La inercia uterina es la causa más frecuente de hemorragia posparto (inmediato), dando cuenta del 70-90% de los casos.
- La inercia uterina es aquella situación clínica originada en una contracción uterina posparto que no es capaz de ocluir las arterias espirales, ocasionando sangrado de mayor magnitud que lo normal desde el sitio de inserción placentaria.

La pérdida de sangre fisiológica es <500 cc en parto vaginal y <1000 cc en cesárea.

EVALUACION DE DIVERSAS ETIOLOGIAS



FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POST PARTO

Trabajo de parto prolongado:

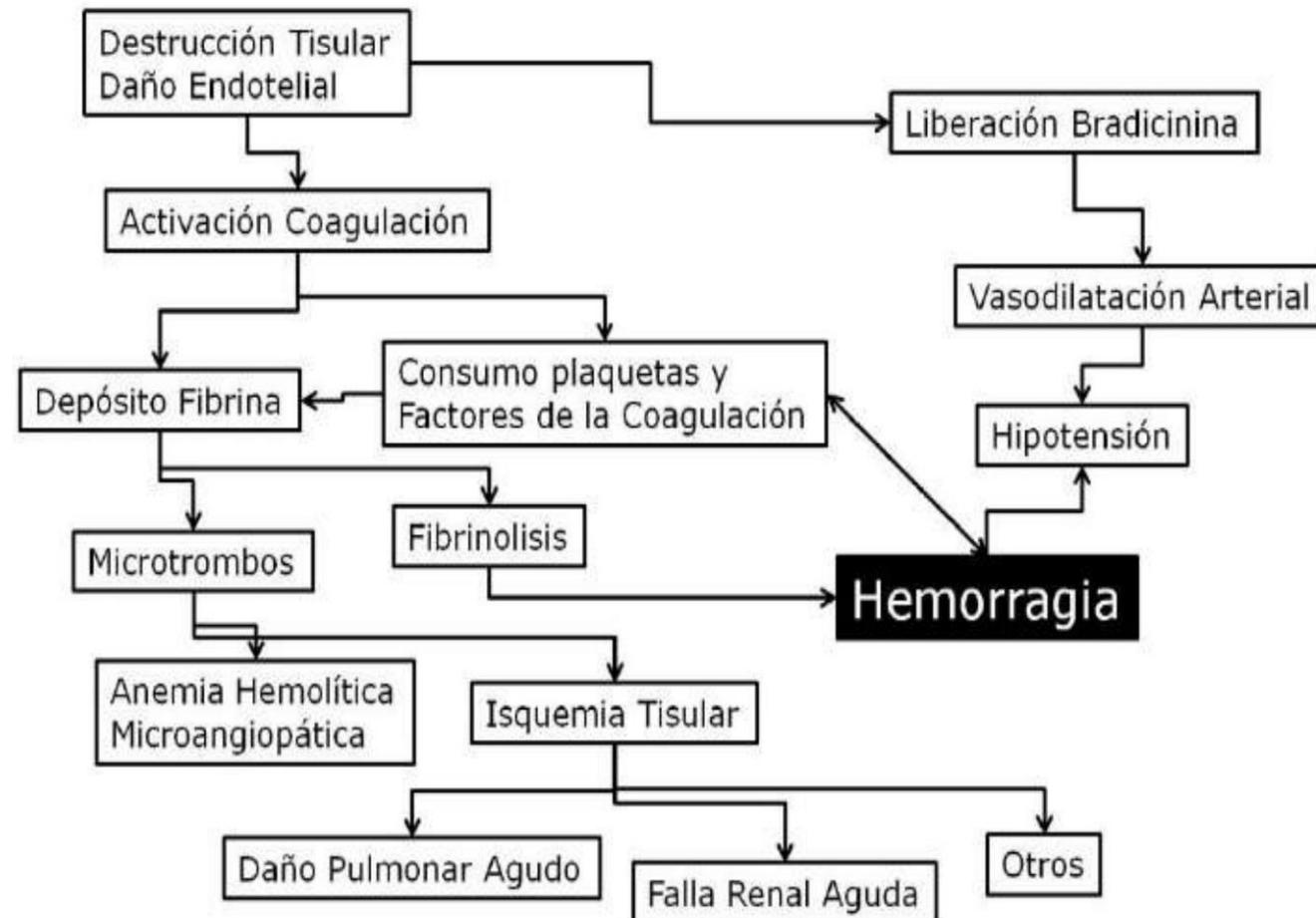
Uso prolongado de ocitocina para inducción o conducción del trabajo de parto

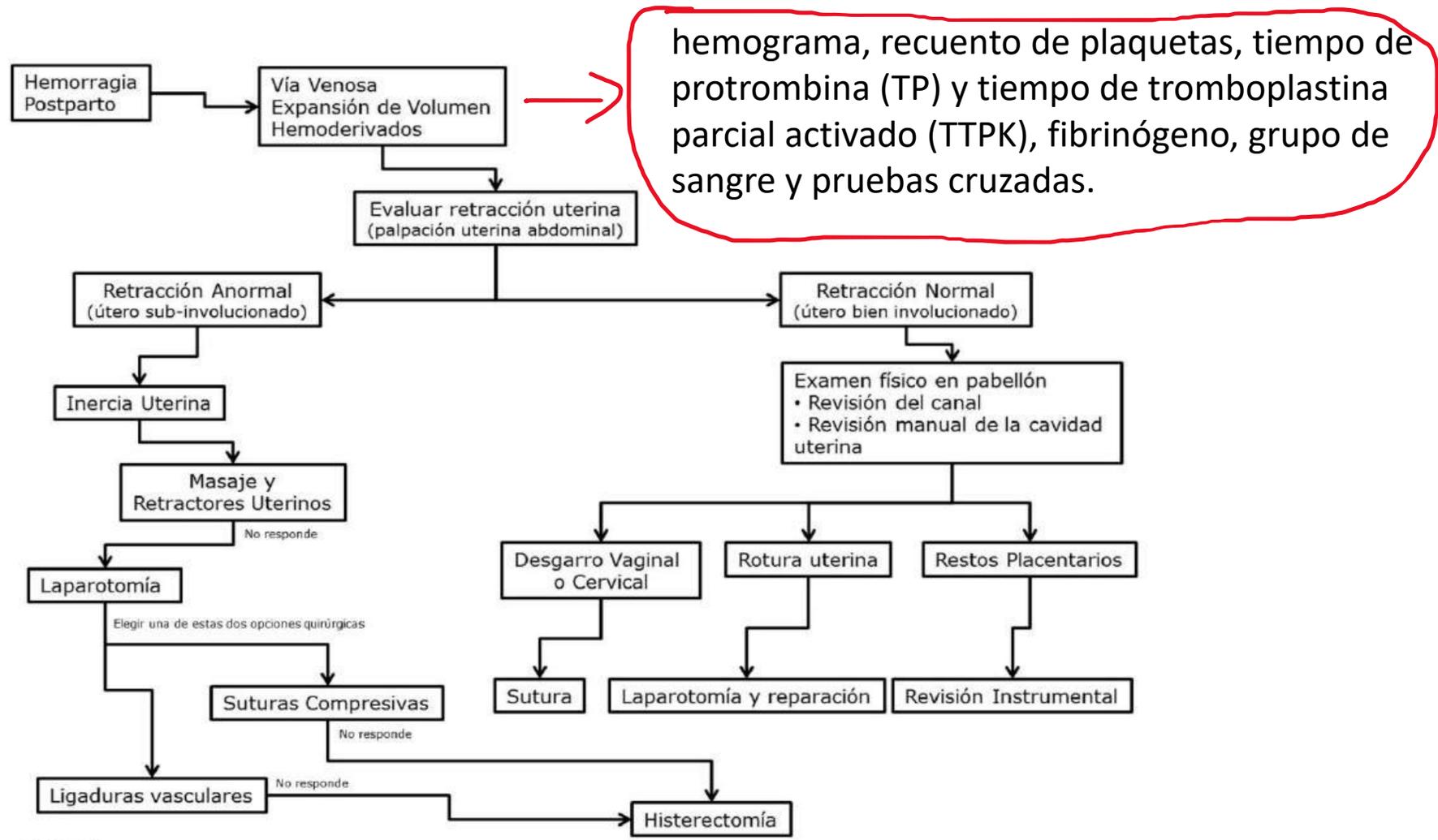
Sobre distensión uterina: o Embarazo múltiple o Polihidroamnios o Macrosomía fetal

Gran multípara (más de 5 partos)

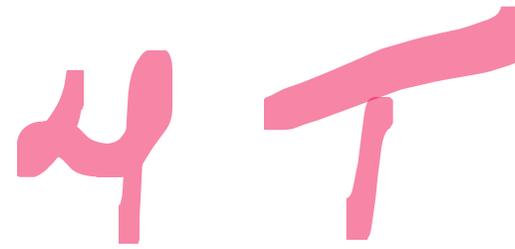
Antecedente de hemorragia posparto

Mecanismos fisiopatológicos y asociación entre la hemorragia posparto, coagulopatía por consumo, CID y daño tisular.



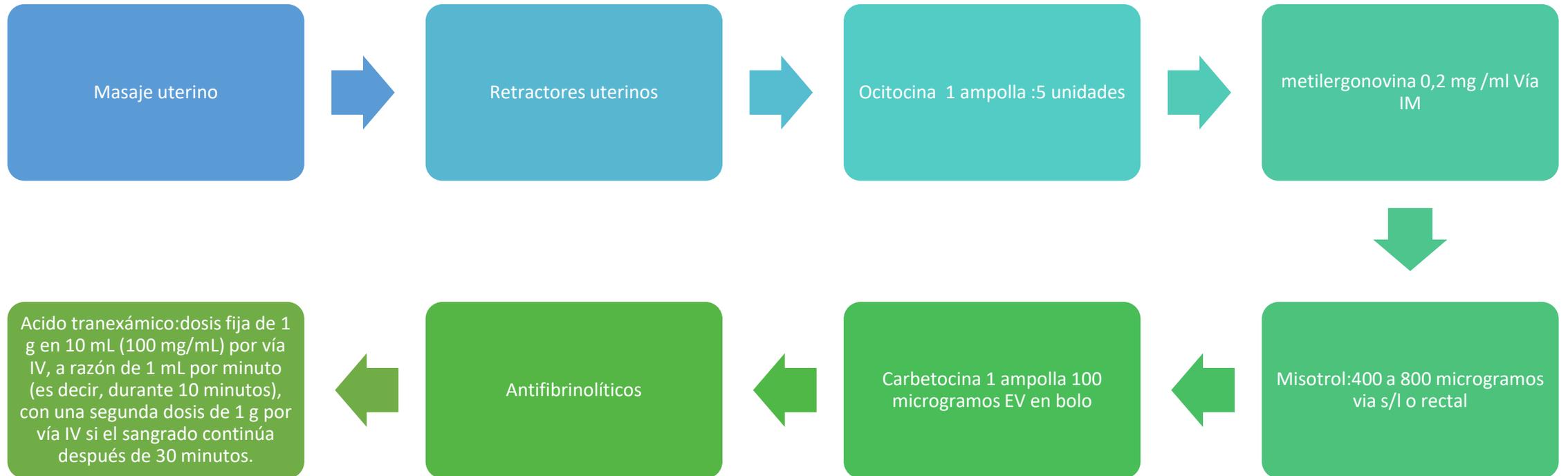


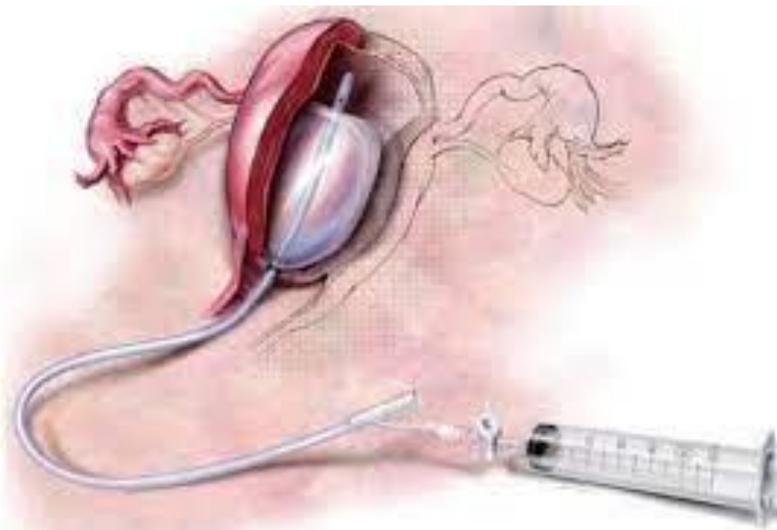
Etiología :nemotecnia



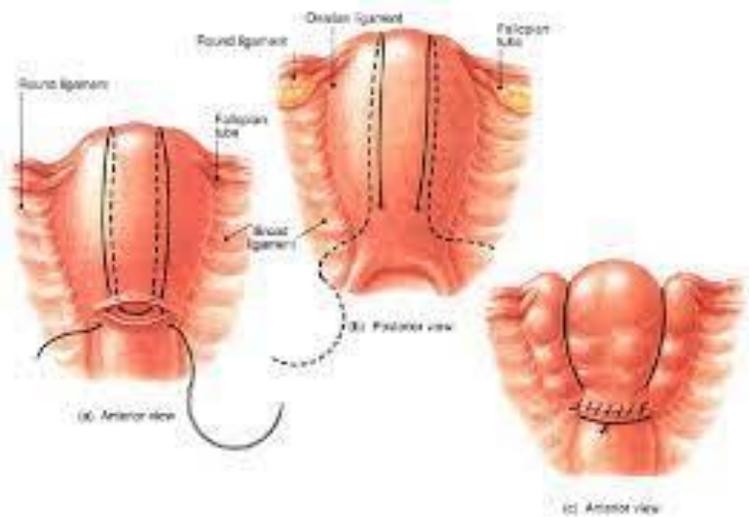
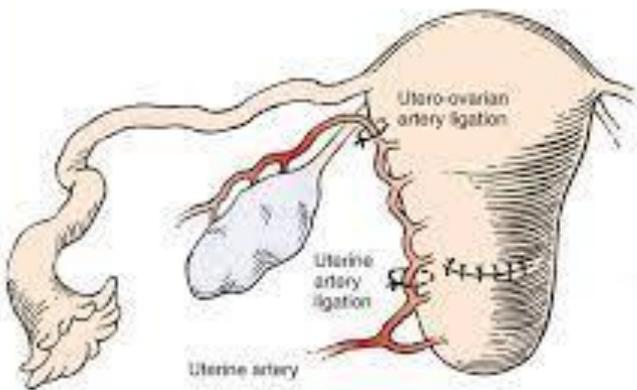
- Tono: La causa más frecuente de hemorragia posparto es **la inercia uterina (90%)**.
- Trauma: desgarros del canal del parto, rotura uterina
- Tejido: restos placentarios, acretismo placentario .
- Trastorno de la Hemostasia: es una causa infrecuente de hemorragia posparto, y puede deberse a coagulopatías o alteraciones de la función plaquetaria.

MANEJO DE LA INERCIA UTERINA





LIGADURA DE ARTERIA UTERINA



INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

TRASTORNOS POR PLACENTACIÓN

TIPOS DE PLACENTA

CAPAS DEL ÚTERO

ACRETA

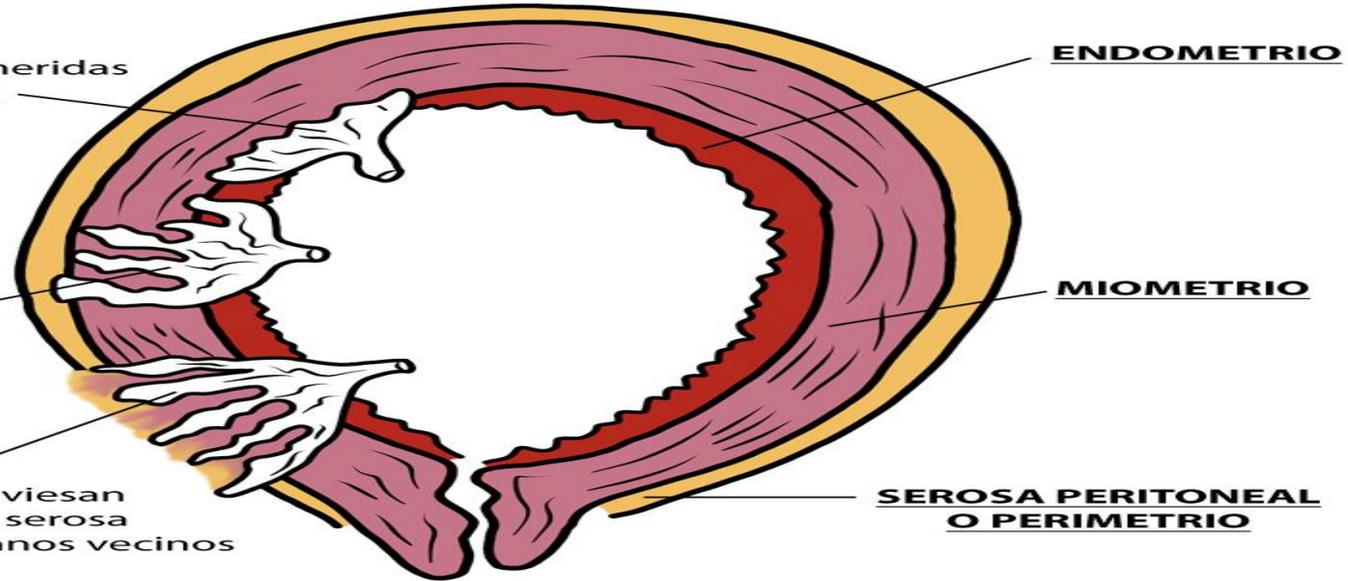
Vellosidades adheridas al miometrio sin penetrarlo

INCRETA

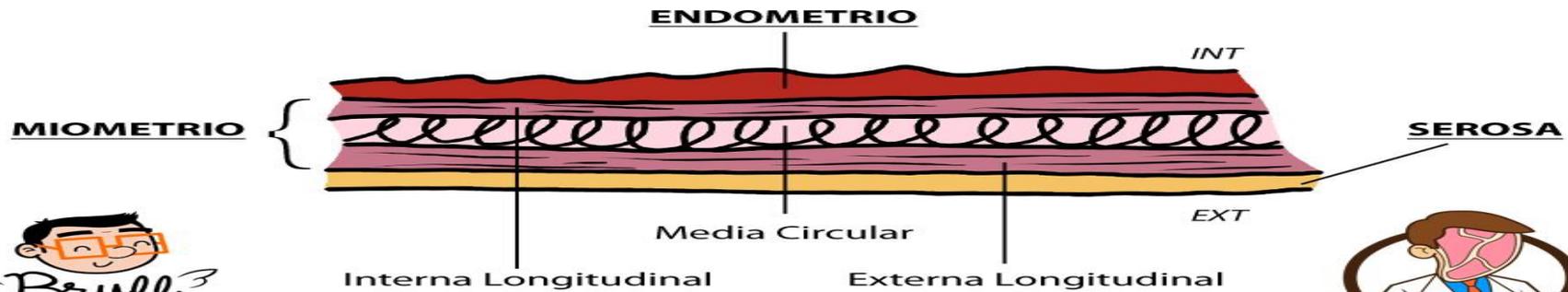
Implantación llega al músculo

PERCRETA

Vellosidades atraviesan miometrio hasta serosa peritoneal y órganos vecinos



CAPAS DEL ÚTERO DETALLADAS

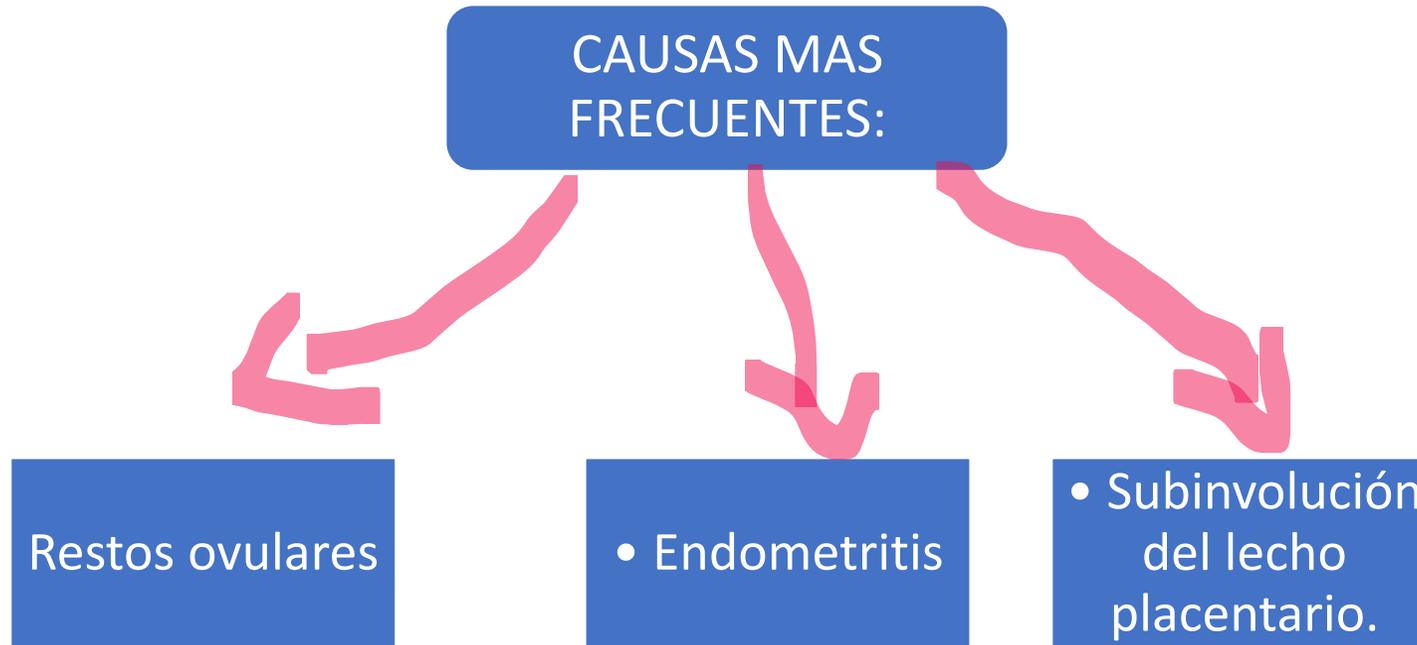


UNIDADES DE APOYO

- Banco de Sangre
- Laboratorio
- Unidad de Cuidado Intensivo
- Radiología intervencionista: la cateterización de vasos femorales y arterias hipogástricas permite embolizar selectivamente los vasos sangrantes.
- En casos seleccionados (alta sospecha de acretismo placentario) se ha usado la radiología intervencionista de modo “preventivo”, instalando el catéter en las arterias hipogástricas antes de la cesárea, para ocluir temporalmente estas arterias (luego de la salida del rn), y facilitar la histerectomía.



METRORRAGIAS TARDIAS DEL PUERPERIO



RETENCION DE PLACENTA

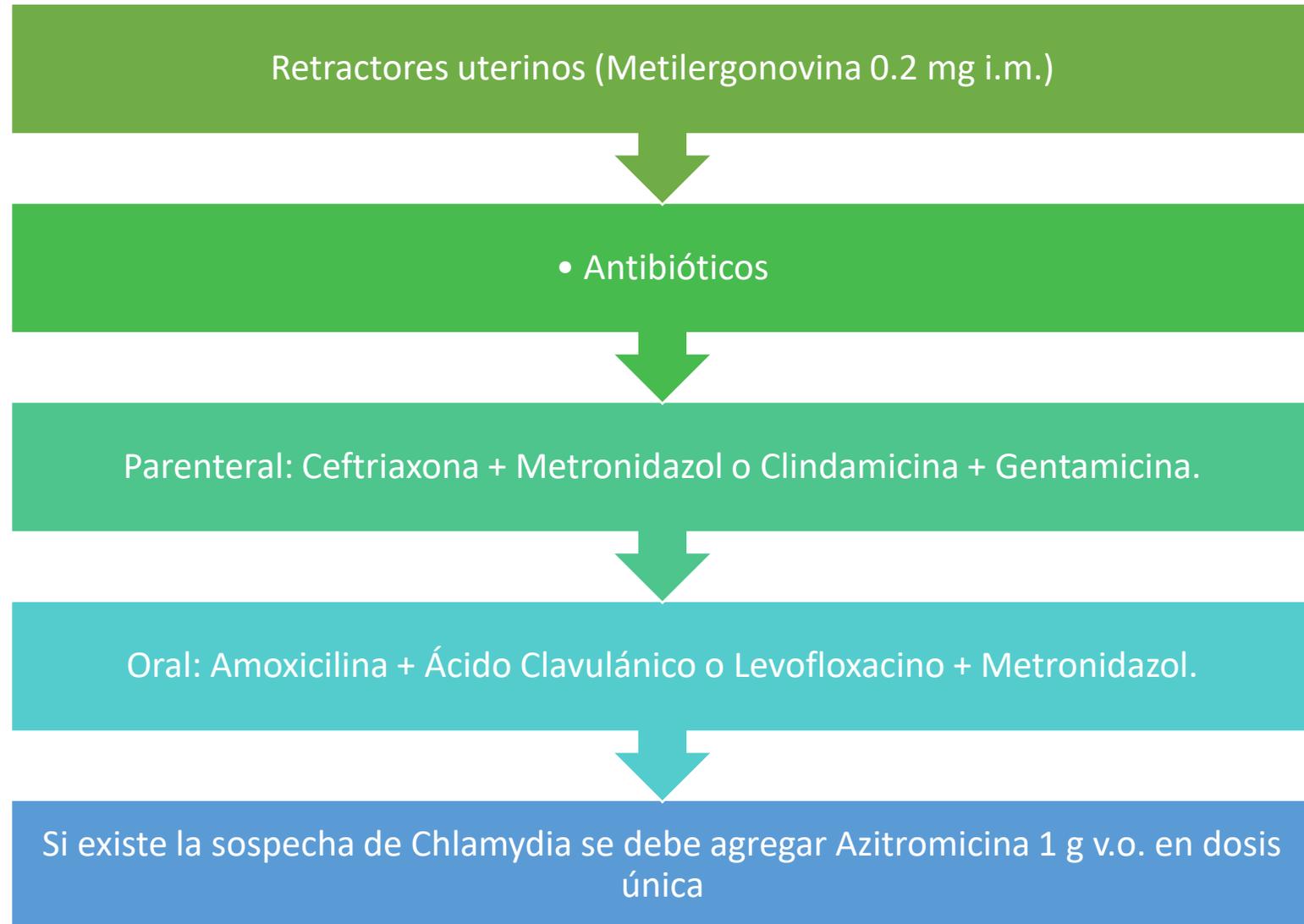
Alumbramiento que demora más de los tiempos máximos establecidos (30 minutos en múltipara y 45 minutos en primigesta)

El tratamiento requiere de anestesia y consiste en la extracción manual de la placenta

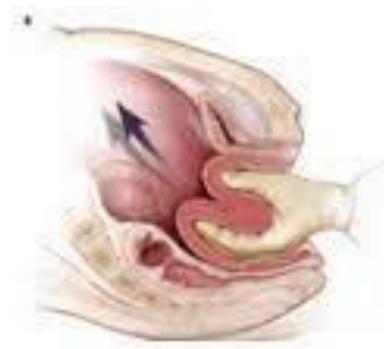
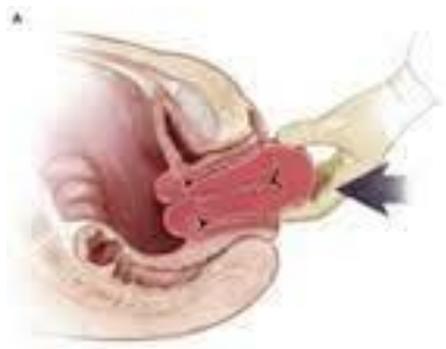
Se introduce la mano al interior del útero, se detecta el borde placentario y se despega con los dedos



TRATAMIENTO

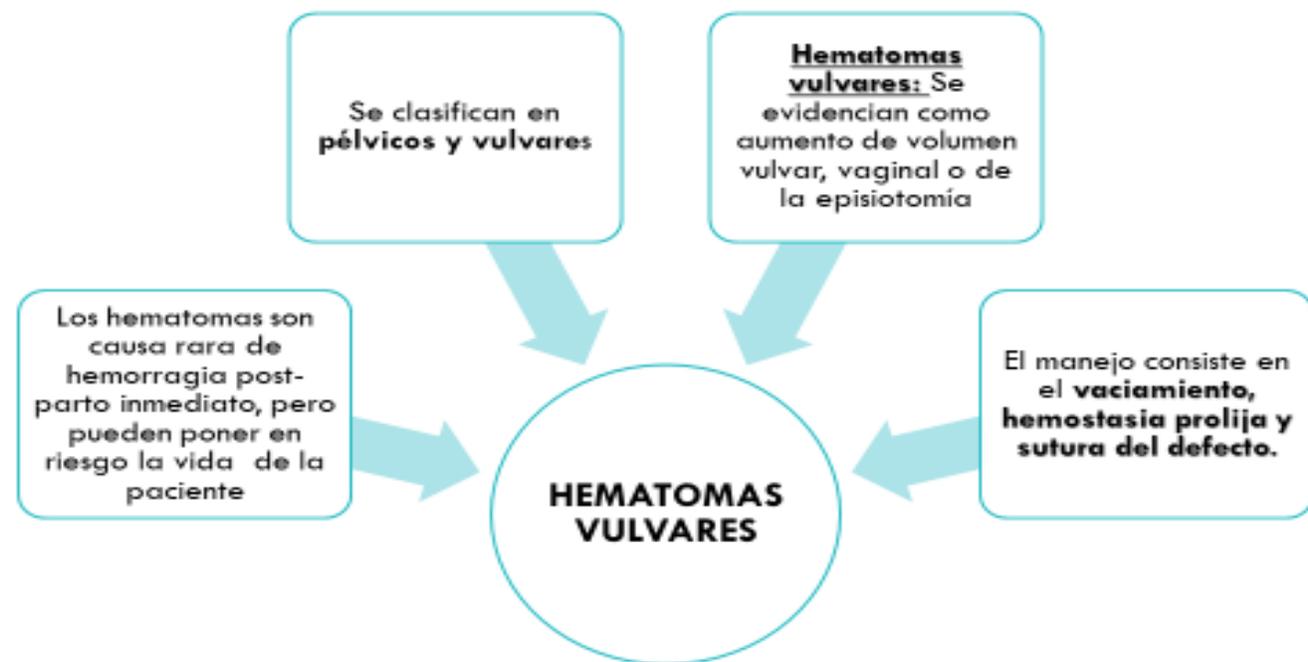


INVERSION UTERINA



- Corresponde a la protrusión del fondo uterino a través del cuello dilatado.
- La principal causa de la inversión uterina es la tracción excesiva de la placenta no desprendida. Los síntomas clásicos son metrorragia posparto, dolor y shock hipovolémico.

EMERGENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO-ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO INMEDIATO/ HEMATOMAS VULVARES



EMERGENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO-ALUMBRAMIENTO Y PUERPERIO INMEDIATO/ HEMATOMAS VULVARES



CUADRO RESUMEN HEMORRAGIAS POST PARTO

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata • Útero blando y no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock 	Útero atónico
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta íntegra • Útero contraído 	Desgarros del cuello uterino, vagina o perineo
<ul style="list-style-type: none"> • No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata • Útero contraído 	Retención de placenta
<ul style="list-style-type: none"> • Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata • Útero contraído 	Retención de restos placentarios
<ul style="list-style-type: none"> • No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal • Dolor leve o intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina visible en la vulva • Hemorragia postparto inmediata 	Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> • Se produce sangrado más de 24 horas después del parto • Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor • Anemia 	Hemorragia postparto tardía
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto inmediata (el sangrado es intra-abdominal y/o vaginal) • Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock • Abdomen sensible • Pulso materno rápido 	Rotura uterina