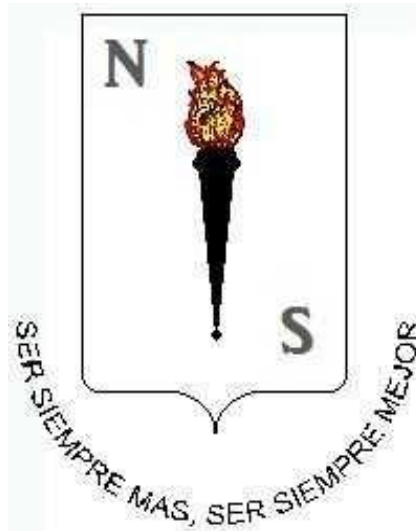


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE LA ENFERMERA OBSTETRA, DURANTE EL TRABAJO  
DE PARTO DISTÓCICO, EN LA VISIÓN DE RAMONA T. MERCER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LORENA PERLA BUCIO MARÍN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, por brindarme la oportunidad de prepararme académicamente, brindándome las bases, para avanzar en este proyecto de vida, gracias por inculcarme el respeto, responsabilidad, honestidad, por exigirme en todos los ámbitos, y aplicar el lema de la escuela “Ser siempre más, ser siempre mejor”.

A mis profesores que me guiaron durante todo el proceso, por los conocimientos brindados, la empatía y la paciencia que me han proporcionado.

Agradecer a mi familia que siempre han estado apoyándome, desde que inicie este proyecto hasta hoy en día, son mi ejemplo y mi motivación.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Elva y Antonio, que son las personas más importantes en vida, que me han apoyado incondicionalmente, tanto en el ámbito académico como personal, que me han inculcado respeto, honestidad y humildad, y es por ellos que estoy por terminar este proyecto, a ellos, que me han permitido seguir adelante a pesar de las complicaciones que se han presentado, por su apoyo económico y el más importante el emocional, que siempre me alientan a seguir adelante, a ser cada vez mejor, y darme cuenta que puedo cumplir todo lo que me proponga, con dedicación y esfuerzo todo es posible.

A mis hermanos, Miguel, Osbaldo, Pablo, Marco y Olivia que me motivan a seguir adelante, a ser cada vez mejor, por su apoyo incondicional, su cariño y porque cada uno es muy importante y especial.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	6
OBJETIVOS.....	7
GENERAL.....	7
ESPECÍFICOS.....	7
HIPÓTESIS .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	9
CAPÍTULO 1. Trabajo De Parto Eutócico .....	11
1.2 Mecanismo del trabajo de parto.....	11
1.2.2 Presentaciones fetales .....	12
1.2.3 Actitud o postura fetal .....	12
1.2.4 Posición fetal .....	12
1.3 Movimientos cardinales del trabajo de parto.....	13
Encajamiento.....	13
Asinclitismo.....	13
Descenso.....	14
Flexión.....	14
Rotación interna .....	14
Extensión.....	14
Rotación externa .....	15
Expulsión.....	15
1.4 Fases uterinas del trabajo de parto.....	16
1.4.1 Primer periodo del trabajo de parto: Dilatación.....	16
1.4.2 Segundo periodo del trabajo de parto: Fase expulsiva.....	17
1.4.3 Tercer periodo del trabajo de parto: Fase de alumbramiento .....	18
CAPÍTULO 2. Trabajo De Parto Distócico .....	21
2.1 Generalidades.....	21
2.2 Causas de distocia en embarazos de término con producto único y en presentación de vértice.....	22

2.3 Anormalidades de las fuerzas de expulsión.....	23
2.3.1 Tipos de disfunción uterina.....	23
2.3.2 Factores de riesgo para la disfunción uterina .....	24
2.4 Trastornos del trabajo de parto.....	25
2.4.1 Prolongación de la fase latente .....	25
2.4.2 Prolongación de la fase activa.....	25
2.4.3 Esfuerzos de pujo maternos .....	26
2.5 Rotura prematura de membranas al término .....	26
2.6 Desproporción fetopélvica .....	27
2.6. 1 Capacidad pélvica .....	27
2.6.2 Estrecho superior reducido.....	27
2.6.3 Pelvis media reducida.....	29
2.6.4 Estrecho inferior reducido.....	30
2.6.5 Fracturas pélvicas.....	31
2.7 Complicaciones maternas.....	31
CAPÍTULO 3. Distócias Fetales .....	33
3.1 Presentaciones anómalas.....	33
3.1.1 Presentación de cara.....	33
3.1.2 Presentación de frente.....	36
3.1.3 Presentación podálica .....	37
3.1.4 Presentación Compuesta .....	39
3.2 Situación fetal: .....	40
3.2.1 Situación transversal .....	40
Prolapso del cordón umbilical .....	43
3.4 Complicaciones Fetales.....	43
CAPÍTULO 4. Distócía De Hombros .....	47
4.1 Aspectos históricos .....	47
4.2 Epidemiología .....	48
4.3 Factores de riesgo .....	48
4.3.1 Factores anteparto:.....	48
4.3.2 Factores intraparto:.....	49
4.4 Diagnóstico .....	49

4.5 Atención .....	49
Tracción .....	50
Maniobra de McRoberts .....	50
Maniobra de Mazzanti .....	51
Maniobras de Rubín .....	51
Segunda maniobra de Rubín o Tornillo de Woods invertido.....	51
Maniobra en Sacacorchos de Woods o en Tornillo de Woods .....	52
Maniobra de Hibbard .....	52
Compresión Fúndica .....	52
Maniobra de Chavis.....	53
Maniobra de Morris o maniobra del Anillo apretado .....	53
Maniobra de Jacquemier .....	53
Maniobra de Barnum .....	54
Maniobra de Varnier .....	54
Maniobra de Couder.....	54
Maniobra de Gaskin o de todos los cuatros.....	55
4.7 Maniobras para productos muertos .....	57
4.7.1 Rotación fetal.....	57
4.7.2 Tracción vertical de la cabeza fetal.....	57
4.7.3 Cleidotomía .....	58
4.7.4 Ganchos de Braun.....	58
4.7.5 Prensión de las axilas fetales .....	58
CAPÍTULO 5. Intervenciones de la enfermera obstetra en el trabajo de parto distócico .....	60
5.1 Recepción de la paciente a la unidad toco quirúrgica.....	60
5.2 Manejo durante el trabajo de parto .....	60
5.2.1 Valoración inicial.....	60
5.2.2 Signos vitales .....	61
5.2.3 Diagnóstico de la presentación y la posición fetal .....	61
5.2.4 Palpación abdominal: Maniobras de Leopold .....	61
5.2.5 Vigilancia fetal durante el parto .....	62
5.2.6 Vigilancia de contracciones uterinas.....	63
5.2.7 Exploración física.....	63

5.3 Esfuerzo expulsivo materno deficiente .....	64
5.3.1 Esfuerzos de pujo materno .....	65
5.4 Valoración clínica de la pelvis .....	65
5.5 Datos de exploración física para diagnosticar distocia .....	66
5.6 Mecanismo de trabajo de parto en distocias fetales: .....	66
5.6.1 Presentación de cara .....	66
5.6.2 Presentación podálica .....	67
5.7 Manejo de una distocia de hombros .....	68
5.8 Apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto .....	70
5.8.1 Comunicación efectiva .....	71
5.9 Enfermería obstetra en la función administrativa .....	71
5.9.1 Dominio: Afrontamiento y tolerancia al estrés .....	71
5.9.2 Dominio: Afrontamiento y tolerancia al estrés .....	73
5.9.3 Partograma .....	74
ANÁLISIS DE DATOS .....	76
Graficado .....	77
MÉTODO .....	83
VARIABLES .....	84
CONCLUSIONES .....	85
SUGERENCIAS .....	86
ANEXOS .....	87
BIBLIOGRAFÍA .....	92



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realiza con el fin de identificar los factores de riesgo ante la presencia de una distocia, literalmente significa trabajo de parto difícil, dicha complicación representa una de las principales causas de morbilidad materna-fetal a nivel mundial, esto debido a la falta de información que se tiene del tema, por lo tanto, el estudio se basa en diversos artículos científicos, que pretenden proporcionar datos reales acerca de esta situación.

Para comprender este tema es importante describir, qué es un trabajo de parto eutócico, o bien trabajo de parto normal el cual “Es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta”. Es importante conocer el proceso normal para que, a partir de ello, se determinen las acciones a realizar en caso de presentar datos de distocia.

Este estudio se basa en la atención a la mujer durante el trabajo de parto, en fase latente o activa, en el segundo nivel de atención, en el área de tococirugía, específicamente en la sala de labor de parto o de expulsión, en donde se interviene a la paciente desde detección de alguna distocia ya sea materna o fetal hasta la atención.

En ese mismo contexto, se valorará las causas de la distocia, en el caso de una distocia fetal se tomará en consideración los siguientes factores: presentación, posición, macrosomía, etc.) los cuales se determinarán mediante la exploración física y estudios de gabinete.

Al mismo tiempo se identificarán las características maternas de riesgo en dicha complicación, tales como: Extremos de la edad reproductiva, obesidad, tipo de pelvis (androide, platipeloide, antropoide), fractura pélvica previa, dicha información

se obtiene a través de la exploración física, valoración previa, además del interrogatorio que se debe realizar a la embarazada al momento del ingreso.

Es importante la valoración, exploración y monitorización materno-fetal durante el trabajo de parto, debido a que, con ello, podemos identificar y actuar a tiempo para evitar complicaciones en donde esté comprometida la vida tanto de la madre como del feto.

Es por este motivo la preocupación de que la enfermera obstetra este capacitada para intervenir de forma oportuna ante la presencia de un trabajo de parto distócico, y así, disminuir la tasa de morbilidad materna, por ello es un deber y obligación conocer el tema, para que al presentarse dicha complicación se pueda actuar de forma adecuada.

## ANTECEDENTES

Distocia, o parto dificultoso, puede deberse a una posición (presentación) anormal del feto o a un tamaño inadecuado del canal de parto que no permite el parto vaginal. (Tortora, 2017)

Desde el punto de vista mecanicista, se simplifican en anomalías de las fuerzas, contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno deficientes; del “pasajero”, el feto; y del pasaje, la pelvis y el aparato reproductor bajo.

Estos tres grupos actúan de manera aislada o en combinación para producir un trabajo de parto disfuncional. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Ramona T. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se graduó y recibió el premio L. L. Hill por su excelencia en los estudios. Regresó a la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, enfermera jefe e instructora en las materias de pediatría, obstetricia y enfermedades infecciosas. Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973.

Después del doctorado, Mercer se trasladó a California y aceptó el cargo de profesora asistente del departamento de enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó un cargo de profesora titular, que desempeñó hasta su jubilación en 1987.

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre

involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad materna.

Estadios de la adquisición del rol maternal:

- **Anticipación:** El estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
- **Formal:** Empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- **Informal:** Empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- **Personal:** O de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso

de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Actualmente la atención binomio madre-hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al ingresar la mujer embarazada a la unidad de salud con inicio de trabajo de parto en fase latente o activa, en ocasiones sin control prenatal previo, llegan a presentar factores de riesgo de distocia materna o fetal, las cuales en ocasiones pasan desapercibidas debido a una mala práctica obstétrica en la valoración inicial y es ahí cuando el panorama se vuelve complejo.

Por lo tanto, el trabajo de parto distócico representa un problema a nivel social por el sin fin de complicaciones de morbilidad y mortalidad que representa, y por la deficiencia de conocimientos en el actuar ante la presencia de dicha situación, aunque actualmente la cesárea tiene un gran impacto, el parto sigue siendo por excelencia el método más eficaz.

Por ello se pretende capacitar al personal de enfermería sobre este tema, para que este preparado para actuar ante dichas complicaciones, de forma oportuna y eficaz, debido a que, es quien está presente la mayor parte del tiempo con la paciente obstétrica, por lo tanto, su valoración e intervenciones son muy importantes, debido a que, sí se detecta a tiempo, se pueden evitar estas situaciones desfavorables.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las intervenciones de la Enfermera Obstetra, durante el trabajo de parto distócico?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Identificar las intervenciones de la Enfermera Obstetra durante el trabajo de parto distócico.

### **ESPECÍFICOS**

- Proporcionar la información teórica para que el personal de enfermería esté capacitado en esta emergencia obstétrica.
- Describir las técnicas ante la presencia de dichas complicaciones.

## **HIPÓTESIS**

El personal de enfermería y obstetricia está preparado para identificar de forma oportuna la presencia de una distocia, durante el trabajo de parto, y así evitar complicaciones que ponen en riesgo la vida materno-fetal.



## JUSTIFICACIÓN

El trabajo de parto distócico significa trabajo de parto difícil, esto sucede cuando existe la presencia de alguna situación que vuelve complejo el proceso normal, existen diversas causas, algunas son relacionadas con la madre ( pelvis materna inadecuada, deficiencia de dilatación y contracciones) y otras más relacionadas con el feto, como presentación, posición anormal, etc, por lo tanto, se llega a considerar como un conjunto de factores que genera la imposibilidad de un parto eutócico.

Lamentablemente en nuestro país no se posee la cultura de prevención, sino de curación, por lo que, no todas las mujeres embarazadas acuden a consulta prenatal, y acuden a las unidades de salud cuando inician con el trabajo de parto, de ahí, el interés de realizar este proyecto, en el que, el personal de enfermería obstetra, este capacitado para atender a la mujer embarazada, proporcionando una atención de calidad, aplicando los conocimientos obtenidos acerca de este tema, además de realizar una valoración obstétrica completa, debido a que enfermería es muy importante en esta situación.

Por lo tanto, debe estar atenta a cualquier anomalía en el proceso normal y actuar de inmediato ante la presencia de alguna complicación tanto materna como fetal, en donde lo relevante es mantener la vida de ambos. Para cumplir con ello se pretende describir las acciones a realizar de una forma clara, para aplicarlas en caso de ser necesario, y poder disminuir las causas de morbilidad materna y fetal causada por distocias.

# **CAPÍTULO I.**

## **Trabajo De Parto**

### **Eutócico**

# **CAPÍTULO 1. Trabajo De Parto Eutócico**

## **1.1 Generalidades**

“El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta”. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

El embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012). Esta percepción del trabajo de parto y el parto como procesos fisiológicos se puso en tela de juicio en el decenio pasado puesto que se ha observado que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## **1.2 Mecanismo del trabajo de parto**

Al comenzar el trabajo de parto, la posición del feto en relación con el canal de parto es fundamental para el tipo de nacimiento; por ello, aquélla debe definirse desde la etapa inicial del trabajo de parto. Algunas relaciones importantes incluyen situación, presentación, altura y posición del feto. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

### **1.2.1 Situación fetal**

La relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre se denomina situación fetal y ésta puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan a un ángulo de 45 grados, lo cual genera una situación oblicua. Esta última es inestable y se convierte en longitudinal o transversa en el curso del

trabajo de parto. En más de 99% de los trabajos de parto, la situación es longitudinal al término, ver figura 2 en anexos. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

### **1.2.2 Presentaciones fetales**

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por tanto, en situaciones longitudinales, la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que da lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro, ver figura 3 en anexos. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

### **1.2.3 Actitud o postura fetal**

En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o hábito. Como regla, el feto conforma una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad uterina. El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal modo que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de las rodillas. En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades inferiores, ver figura 5 en anexos. Esta postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

### **1.2.4 Posición fetal**

Ésta es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Con cada presentación puede haber dos variedades de posición: derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente. Debido a que la presentación puede adoptar las formas de posición izquierda o derecha, hay variedades occipitales, mentonianas y sacras izquierdas y derechas, que se abrevian como LO (left occipital) y RO (right occipital), LM (left mental) y RM (right mental), LS (left sacral) y RS (right sacral), respectivamente. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **1.3 Movimientos cardinales del trabajo de parto**

#### **Encajamiento**

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal (el diámetro transversal mayor en una presentación occipital) pasa a través de la entrada pélvica se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

#### **Asinclitismo**

La cabeza fetal tiende a acomodarse con el eje transversal de la entrada pélvica, pero la sutura sagital, si bien permanece paralela a ese eje, tal vez no se encuentre exactamente a la mitad del trayecto entre la sínfisis y el promontorio sacro. La sutura sagital está deflexionada a menudo en dirección posterior hacia el promontorio o anterior hacia la sínfisis del pubis. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **Descenso**

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del feto. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo.

En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es consecutivo a una o más de cuatro fuerzas: 1) Presión del líquido amniótico, 2) Presión directa del fondo uterino sobre la pelvis durante las contracciones, 3) Esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos, y 4) Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **Flexión**

En cuanto la cabeza que desciende se topa con resistencia, ya sea del cuello uterino, las paredes uterinas o bien el piso pélvico, normalmente aquélla se flexiona. En este movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **Rotación interna**

Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia, en dirección posterior hacia el hueco del sacro. La rotación interna resulta esencial para posibilitar el trabajo de parto, excepto cuando el feto es inusualmente pequeño. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## **Extensión**

Luego de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza muy flexionada no se extiende al llegar al piso pélvico y, en lugar de ello, desciende aún más, ésta chocará contra la parte posterior del perineo y finalmente será empujada a través de los tejidos perineales. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior y, la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a entrar en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **Rotación externa**

En seguida, la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se orientaba a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua da paso a la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Por tanto, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Al parecer, dicho movimiento se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **Expulsión**

Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza

con rapidez hacia el exterior. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal, 2015)

## **1.4 Fases uterinas del trabajo de parto**

Para entender en que consiste el trabajo de parto es importante mencionar como está compuesto, por ello se mencionan las fases o bien las partes en que está constituido este proceso.

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-SSA2-1993 define el parto como: "Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento". (Dueñas, 2015)

A pesar de la tecnología disponible y de los avances de la ciencia, en la actualidad es difícil definir el momento preciso del inicio del trabajo de parto. Sin embargo, por consenso de distintas autoridades, se ha establecido que el trabajo de parto inicia cuando existen contracciones uterinas que resultan en modificaciones cervicales (borramiento y dilatación). La expulsión del tapón mucoso predice el inicio del trabajo de parto hasta por 72 horas.

### **1.4.1 Primer periodo del trabajo de parto: Dilatación**

Tiene un promedio de duración en nulíparas de 9 a 10 horas y en multíparas de 8 horas.

El cual se divide en dos fases, ver figura 1 en anexos:

#### **Fase latente:**

- Las contracciones son irregulares al principio, pero se vuelven cada vez más fuertes y rítmicas.
- Las molestias son mínimas.



- El cuello uterino (cérvix) empieza a hacerse más delgado y se dilata aproximadamente 4 centímetros.
- La fase inicial tiene una duración media de 8 horas (por regla general no más de 20 horas) en un primer embarazo y de 5 horas (por regla general no más de 12 horas) en los embarazos posteriores. (MANUAL MSD, 2022)

### **Fase activa:**

- El cuello del útero se dilata por completo, pasando de los 4 a los 10 cm. Se hace más delgado y se va retirando (borrando) hasta que se une con el resto del útero.
- La parte que presenta el bebé, por lo general la cabeza, comienza a descender por la pelvis de la mujer.
- La mujer comienza a sentir la necesidad de pujar mientras el bebé desciende, pero se debe resistir. Empujar demasiado pronto puede ser innecesariamente agotador y con frecuencia desgarrar el cuello uterino, que debe ser reparado.
- Esta fase dura de 5 a 7 horas de media en un primer embarazo y de 2 a 4 horas en los embarazos posteriores. (MANUAL MSD, 2022)

### **1.4.2 Segundo periodo del trabajo de parto: Fase expulsiva**

Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del feto; tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas y 8 minutos en pacientes multigestas.

El segundo periodo del trabajo de parto se refiere al descenso de cabeza y cuerpo del feto a través del canal del parto. A diferencia primer periodo, es más fácil poder definir sus límites, pues comprende desde el momento que la paciente inicia el borramiento y alcanza dilatación cervical completa hasta la expulsión del feto. (Dueñas, 2015)

El conjunto de maniobras que se aplican en el segundo periodo de trabajo de parto se encamina a facilitar la salida del feto y disminuir la morbilidad y mortalidad que se presentan en este periodo, que constituye un momento crítico.

Se debe documentar en el partograma, siempre con hora precisa del momento en que la paciente logra la dilatación cervical completa, así como una valoración completa de signos vitales, frecuencia cardiaca fetal, calidad del líquido amniótico si ya existió rotura de membranas, así como del tono y actividad uterina, al igual que en el primer periodo del trabajo de parto. Además de las variables fisiológicas sugiere vigilar el estado de ánimo y el comportamiento materno (ansiedad, estrés), y alentar el vaciamiento urinario. (Dueñas, 2015)

El comienzo del segundo periodo del trabajo de parto se determina por los siguientes signos:

- Dilatación cervical completa.
- Necesidad de pujo.

### **1.4.3 Tercer periodo del trabajo de parto: Fase de alumbramiento**

Período comprendido desde la expulsión del feto el producto hasta la expulsión de la placenta y membrana y tiene una duración promedio de 5 minutos.

El tercer periodo del trabajo de parto inicia a partir de la expulsión del feto y termina cuando placenta y membranas fetales se encuentran fuera de la cavidad uterina. También se denomina alumbramiento: Esta palabra proviene del latín *illuminatio*, *illuminationis*, que significa iluminar. El término se acuñó debido a que el producto de la concepción se encontraba oculto en el útero. El denominado cuarto periodo del trabajo de parto inicia después de la expulsión de la placenta y se extiende de tres a cuatro horas. (Dueñas, 2015)

## **Fisiología**

El desprendimiento de la placenta se debe en parte a una disminución súbita de la superficie uterina, debido al nacimiento del feto; ello promueve que la placenta se desprenda a nivel de la capa esponjosa de la decidua verdadera (membrana de Nietabuch), donde se forma un hematoma retroplacentario, el cual tiene tendencia a aumentar de tamaño y por ende a incrementar la superficie de despegamiento entre el útero y la placenta. Una vez que ocurre el desprendimiento placentario, se produce la exposición de las arterias uterinas del lecho placentario. A su vez, estos vasos están rodeados por musculatura lisa (miometrio) en forma de huso o algunas veces en forma de ocho, la cual al retraerse funciona como una ligadura de los vasos. (Dueñas, 2015)

# **CAPÍTULO II.**

## **Trabajo De Parto**

### **Distócico**

## **CAPÍTULO 2. Trabajo De Parto Distócico**

### **2.1 Generalidades**

La palabra distocia significa trabajo de parto difícil y se caracteriza por progreso más lento de lo normal del trabajo de parto. Las causas se agrupan en tres categorías distintas.

Desde el punto de vista mecanicista, se simplifican en anomalías de las fuerzas, contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno deficientes; del “pasajero”, el feto; y del pasaje, la pelvis y el aparato reproductor bajo.

Estos tres grupos actúan de manera aislada o en combinación para producir un trabajo de parto disfuncional. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Respecto de las fuerzas, las contracciones uterinas pueden tener fuerza insuficiente o falta de coordinación para que ocurra borramiento y dilatación del cuello uterino. A esto se le llama disfunción uterina.

Además, durante la segunda etapa del trabajo de parto, el pujo materno voluntario podría ser insuficiente. En cuanto al pasajero, las anomalías en la presentación, posición o anatomía fetales pueden lentificar el progreso. Por último, en relación con el pasaje, los cambios estructurales pueden estrechar la pelvis ósea materna o bien las anomalías del tejido blando del aparato reproductivo pueden bloquear el descenso fetal. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## 2.2 Causas de distocia en embarazos de término con producto único y en presentación de vértice

Características fetales:

- Presentación: cara, frente, sincipucio.
- Posición: OT, OP, asinclitismo.
- Macrosomía.
- Anomalía: Teratoma sacro coccígeo, hidrocefalia, tumor craneofacial, anencefalia.

Hallazgos durante el parto:

- Hidramnios.
- Corioamnionitis.
- Analgesia neuroaxial.
- Estación más alta al inicio del trabajo de parto.
- Pujo materno deficiente: Sedación, dolor intenso, bloqueo regional denso, enfermedad neurológica.

Características maternas:

- Nuliparidad.
- Edad avanzada.
- Obesidad.
- Leiomioma grande.
- Anomalía uterina paramesonéfrica.
- Tipos de pelvis antropoide, androide o platipeloide.
- Diámetros pélvicos estrechos.

- Talla baja.
- Tumor pélvico.
- Fractura pélvica previa.

## **2.3 Anormalidades de las fuerzas de expulsión**

### **2.3.1 Tipos de disfunción uterina**

Las contracciones uterinas son necesarias para que haya dilatación del cuello uterino y expulsión del producto. Una contracción se inicia por potenciales de acción espontáneos en la membrana de las células de músculo liso. A diferencia del corazón, aún no se conoce un marcapaso individual ni su sitio (Young, 2018).

Las contracciones uterinas que dan lugar al trabajo de parto normal muestran un gradiente ascendente y descendente de actividad miometrial.

Las contracciones espontáneas normales pueden ejercer presiones cercanas a 60 mmHg. Aun así, el límite inferior de la presión de contracción requerido para dilatar el cuello uterino es 15 mmHg.

En el trabajo de parto anormal pueden desarrollarse dos tipos fisiológicos de disfunción uterina. En la disfunción uterina hipotónica más frecuente, el tono basal es normal y las contracciones uterinas tienen un patrón de gradiente normal (sincrónico). Sin embargo, la presión durante una contracción es insuficiente para dilatar el cuello uterino.

En el segundo tipo, la disfunción uterina hipertónica o disfunción uterina descoordinada, el tono basal se eleva de manera considerable o el gradiente de presión está distorsionado. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **2.3.2 Factores de riesgo para la disfunción uterina**

Varios factores intervienen en la disfunción uterina.

Primero, la analgesia neuroaxial puede lentificar el trabajo de parto y se ha relacionado con prolongación de la primera y segunda etapas (Sharma, 2004). No obstante, con los métodos de anestesia actuales se amortigua su efecto en la duración del trabajo de parto (Anim-Somuah, 2018; Myers, 2020).

La corioamnionitis se relaciona con el trabajo de parto prolongado. La infección uterina puede contribuir de manera directa a la disfunción uterina o es posible que sea tan solo una consecuencia relacionada con el trabajo de parto disfuncional más prolongado.

En las embarazadas con este trastorno se vigila el progreso del trabajo de parto y, si este es prolongado, es prudente su intensificación (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Una estación más alta al inicio del trabajo de parto tiene una relación significativa con distocia subsiguiente.

Aunque es un factor de riesgo, la mayoría de las nulíparas sin encajamiento de la cabeza fetal al establecer el diagnóstico de trabajo de parto activo tiene parto vaginal. Estas observaciones se aplican en particular a las mujeres con partos previos porque la cabeza suele descender más tarde durante el trabajo de parto.

La tasa de distocia aumenta de manera proporcional a la edad materna, incluso después de ajustar a los pesos materno y fetal y la paridad (Timofeev, 2013; Waldenström, 2017).

La obesidad materna prolonga las primeras etapas del trabajo de parto en 30 a 60 min en las nulíparas, aun después de los ajustes por diabetes, peso fetal y paridad. Las tasas de parto por cesárea relacionada con distocia son más altas en este grupo (Fyfe, 2011; Kawakita, 2016).



## **2.4 Trastornos del trabajo de parto**

### **2.4.1 Prolongación de la fase latente**

A su vez, la disfunción uterina puede causar anomalías en el trabajo de parto. Primero, la fase latente puede ser prolongada, definida como > 20 h en la nulípara y > 14 h en la multípara. En algunas, las contracciones uterinas cesan, lo que sugiere un trabajo de parto falso. En el resto persiste una fase latente demasiado larga, que a menudo se trata con amniotomía y estimulación con oxitocina (Friedman, 2012).

El diagnóstico de disfunción uterina en la fase latente es difícil y muchas veces se determina en forma retrospectiva. Las mujeres que aún no se hallan en trabajo de parto activo se tratan a menudo de manera errónea porque se asume que tienen disfunción uterina. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **2.4.2 Prolongación de la fase activa**

De los trastornos de la fase activa, son aquellos en los que la prolongación se definía como una dilatación cervical < 1 cm/h por un mínimo de 4 h.

En este trastorno, la observación para confirmar el progreso adicional es un tratamiento apropiado. En la vigilancia del trabajo de parto activo, si hay sospecha considerable de contracciones hipotónicas, pueden colocarse monitores internos con amniotomía para valorar el cambio cervical y el patrón de contracciones. Un valor deficiente en unidades Montevideo y el pobre progreso del parto activo casi siempre dan lugar a la intensificación con oxitocina. De acuerdo con el Consensus Committee (2019), la primera etapa del trabajo de parto lenta pero progresiva no debe ser indicación para la cesárea.

### **2.4.3 Esfuerzos de pujo maternos**

Con la dilatación cervical completa, la mayoría de las mujeres no pueden resistir la urgencia de pujar con las contracciones uterinas. La fuerza combinada creada por las contracciones del útero y la musculatura abdominal impulsa al feto hacia abajo. Sin embargo, en ocasiones la fuerza generada por la musculatura abdominal se compromete lo suficiente para enlentecer o incluso impedir el parto vaginal espontáneo.

En otros casos, la urgencia para pujar es superada por el dolor intenso que causa el pujo. Según sea la estación fetal y la segunda etapa anticipada, las opciones incluyen apoyo emocional y aliento, analgesia parenteral, bloqueo pudendo o analgesia neuroaxial. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **2.5 Rotura prematura de membranas al término**

La rotura de membranas al término sin contracciones uterinas espontáneas complica a cerca del 8% de los embarazos. La estimulación del trabajo se iniciaba si las contracciones no aparecerían después de 6 a 12 hrs.

El trabajo de parto puede ser demasiado lento, pero también más rápido de lo normal. El trabajo de parto y parto precipitados se refieren al trabajo de parto en extremo rápido.

Pueden ser resultado de una resistencia demasiado baja de las partes blandas del conducto del parto, contracciones uterinas y abdominales más fuertes de lo normal o, raras veces, de la falta de dolor con las contracciones que indique trabajo de parto avanzado.

El trabajo de parto precipitado termina con la expulsión del producto en < 3 h. Para el recién nacido, los resultados perinatales adversos de un trabajo de parto rápido

pueden aumentar de manera considerable por varias razones. Las contracciones uterinas, a menudo con intervalos de relajación insignificantes, impiden el flujo sanguíneo uterino y la oxigenación fetal apropiados. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Respecto del traumatismo, la resistencia del conducto del parto raras veces puede causar una lesión intracraneal, como tratamiento, es improbable que la analgesia modifique de manera significativa estas fuertes contracciones.

El uso de tocolíticos como el sulfato de magnesio o la terbutalina no está probado en estas circunstancias. Una dosis única intramuscular de 250 mcg de terbutalina puede ser un intento razonable para resolver un patrón no tranquilizador de la frecuencia cardíaca fetal. Esto se pondera contra el riesgo de atonía uterina relacionada si el parto es inminente. Lo que es seguro es la administración de oxitocina debe suspenderse. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## **2.6 Desproporción fetopélvica**

### **2.6. 1 Capacidad pélvica**

La desproporción fetopélvica surge por la capacidad pélvica disminuida o la anomalía del tamaño, estructura, presentación o posición fetales.

Con frecuencia están presentes ambos factores. El estrecho pélvico superior, la pelvis media o el estrecho pélvico inferior pueden estar reducidos de manera aislada o en combinación. Cualquier contracción de los diámetros pélvicos que reduzcan la capacidad de la pelvis puede crear distocia. (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2019)

### **2.6.2 Estrecho superior reducido**

Antes del trabajo de parto, el diámetro biparietal fetal mide 9.5 a 9.8 cm, en promedio. Por lo tanto, podría ser difícil e incluso imposible que algunos fetos pasen por un estrecho pélvico superior con diámetro anteroposterior < 10 cm Mengert y Kaltreider usaron la pelvimetría radiográfica y demostraron que la incidencia de partos difíciles surge cuando el diámetro anteroposterior del estrecho superior es <10 cm, o cuando el diámetro transversal es <12 cm. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Puede usarse cualquiera de estos límites para considerar estrecha una pelvis. Como es de esperar, si ambos diámetros están acortados, las tasas de distocia son mucho más elevadas respecto de cuando solo disminuye uno.

El diámetro anteroposterior del estrecho superior también se llama conjugado obstétrico. Con frecuencia se calcula de manera aproximada con la medición manual del conjugado diagonal, que es cerca de 1.5 cm mayor. Para medir el conjugado diagonal, una mano con la palma orientada en dirección lateral extiende el dedo índice hasta el promontorio. La distancia desde la punta del dedo hasta el punto en que el borde inferior de la sínfisis toca la base del mismo dedo es el conjugado diagonal. Por lo general, la contracción del estrecho superior se define por un conjugado diagonal < 11.5 cm. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

En condiciones normales, la dilatación cervical se favorece por la acción hidrostática de las membranas intactas o por la aplicación directa de la parte de presentación contra el cuello uterino después de la rotura de las membranas. Sin embargo, en las pelvis estrechas, dado que la cabeza se detiene en el estrecho pélvico superior, toda la fuerza ejercida por las contracciones actúa en forma directa sobre la porción de las membranas en contacto con el cuello uterino en dilatación. Por consiguiente, es más probable la rotura espontánea temprana de las membranas.

Después de la rotura de membranas, la presión ausente de la cabeza contra el cuello uterino y el segmento uterino inferior predispone a contracciones menos efectivas. En consecuencia, la dilatación ulterior puede avanzar con mucha lentitud o no avanzar en absoluto.

Un estrecho superior reducido también tiene una función importante en la generación de presentaciones anormales. En nulíparas con capacidad pélvica normal, la parte de presentación al término a menudo desciende a la cavidad pélvica antes del comienzo del trabajo de parto. Si el estrecho superior es muy reducido o si el asinclitismo es marcado, casi nunca se produce el descenso hasta después del inicio del trabajo de parto. Aún predominan las presentaciones cefálicas, pero la cabeza flota sobre el estrecho pélvico superior o descansa en una parte más lateral en una de las fosas iliacas. Por consiguiente, influencias muy ligeras pueden hacer que el feto adopte otras presentaciones. En mujeres con pelvis reducidas, las presentaciones de cara y hombro son más frecuentes y el prolapso del cordón ocurre con más frecuencia. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **2.6.3 Pelvis media reducida**

Este hallazgo es más común que la contracción del estrecho superior. En muchas ocasiones causa detención transversal de la cabeza fetal, lo que puede derivar en un procedimiento difícil con fórceps intermedios o un parto por cesárea.

El plano obstétrico de la pelvis media se extiende desde el borde inferior de la sínfisis del pubis por las espinas isquiáticas y toca el sacro cerca de la unión de la cuarta y quinta vértebras.

Una línea imaginaria que conecta las espinas isquiáticas divide la pelvis media en porciones anterior y posterior. La primera está limitada en su parte anterior por el borde inferior de la sínfisis del pubis y en la parte lateral por las ramas isquiopúbica. La porción posterior se halla delimitada en la parte posterior por el sacro y en las laterales por los ligamentos sacroespinosos, que forman el límite inferior de la muesca sacro ciática. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Las medidas promedio de la pelvis media son las siguientes: transversal, o interespinoso isquiático, 10.5 cm; anteroposterior, del borde inferior de la sínfisis del

pubis a la unión de S4 y S5, 11.5 cm; y sagital posterior, del punto medio de la línea interespinosa al mismo punto del sacro, 5 cm. La definición de la pelvis media reducida no se ha establecido con la misma precisión posible en comparación con la reducción del estrecho superior. Aun así, es probable que la pelvis media sea estrecha cuando la suma de sus diámetros interespinoso y sagital posterior, que en condiciones normales es de 10.5 más 5 cm, o 15.5 cm, se reduce a 13.5 cm o menos. En la valoración de la posible contracción de la pelvis media. Se sospecha contracción de la pelvis media siempre que el diámetro interespinoso sea < 10 cm. Cuando mide < 8 cm, la pelvis media es estrecha. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

#### **2.6.4 Estrecho inferior reducido**

Por lo regular, este hallazgo se define como un diámetro entre las tuberosidades isquiáticas de 8 cm o menos. El estrecho inferior de la pelvis puede asemejarse de manera general a dos triángulos; el diámetro entre las tuberosidades isquiáticas constituye la base de ambos. Los lados del triángulo anterior son las ramas del pubis y su vértice es la superficie inferoposterior de la sínfisis del pubis. El triángulo posterior no tiene lados óseos, pero está limitado en su vértice por la punta de la última vértebra sacra, no la punta del cóccix. Es inevitable que la disminución del diámetro intertuberoso, con el estrechamiento consecuente del triángulo anterior, desplace la cabeza fetal hacia atrás. Floberg notificó una reducción del estrecho inferior en casi 1% de más de 1 400 nulíparas no seleccionadas con embarazo de término. Un estrecho inferior estrecho puede causar distocia, no en realidad por sí mismo sino porque a menudo se acompaña de contracción de la pelvis media. El estrecho inferior reducido sin contracción concomitante del plano medio es raro. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Aunque la desproporción entre la cabeza fetal y el estrecho inferior de la pelvis no es lo bastante grande para ocasionar distocia grave, puede tener un papel importante en los desgarros perineales. Con el mayor estrechamiento del arco púbico, el occipucio no puede emerger en forma directa debajo de la sínfisis del pubis, sino que es forzado más hacia abajo sobre las ramas isquiopúbicas. Como

consecuencia, el perineo se distiende cada vez más y tiene riesgo de lacerarse. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **2.6.5 Fracturas pélvicas**

(Vallier, 2012, Riehl, 2014) revisaron las experiencias con fracturas pélvicas y embarazo. La causa más frecuente fue el traumatismo en colisiones automovilísticas. Además, informaron que el patrón de la fractura, una alineación anómala menor y la retención de dispositivos no son indicaciones absolutas para la cesárea. Para seleccionar a las pacientes elegibles para el parto vaginal se requiere una consolidación de la fractura de ocho a 12 semanas, por lo que una fractura reciente exige un parto por cesárea (Amorosa, 2013). Con una fractura consolidada, la atención incluye revisión de radiografías pélvicas y posible pelvimetría en el embarazo avanzado.

## **2.7 Complicaciones maternas**

Según el Manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos definen las siguientes:

- Laceraciones
- Hemorragia
- Choque hipovolémico
- Neuropatía femoral transitoria
- Rotura uterina
- Lesión vesical, uretral, del clítoris, hemorragia, osteítis púbica, fistulas
- Rotura uterina, laceraciones del segmento uterino
- Infección

La infección pélvica puerperal es más frecuentes en el trabajo de parto prolongado y poco constante. También es mayor la frecuencia de laceraciones uterinas con la histerotomía cuando la cabeza fetal se impacta en la pelvis.

# **CAPÍTULO III.**

## **Distócias Fetales**



## **CAPÍTULO 3. Distócias Fetales**

### **3.1 Presentaciones anómalas**

De acuerdo con la norma del INPerIER, la presentación se define como la parte del feto que se aboca o tiende a abocarse a la pelvis y es capaz de seguir un mecanismo de trabajo de parto. Bajo estas especificaciones, sólo la presentación cefálica y la pélvica pueden seguir un mecanismo de trabajo de parto, aunque otros autores han mencionado a la presentación transversa y de hombros como tales. Sin embargo, como estas partes fetales no pueden seguir un mecanismo de trabajo de parto, no pueden considerarse como presentaciones y por tanto se les llama situación oblicua o situación transversa. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

En cuanto a variaciones de la presentación, existe la denominada presentación “compuesta”, en la cual la cabeza fetal se acompaña de otra parte fetal como puede ser la mano o el brazo.

Variedades de presentación Las presentaciones pueden mostrar variaciones con respecto a sí mismas, esto es que la cabeza fetal puede estar en la pelvis materna, pero presentar una orientación distinta con respecto al punto toconómico o a las partes fetales. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Es así que la presentación cefálica y pélvica muestran las siguientes variaciones:

#### **3.1.1 Presentación de cara**

##### **Etiología y diagnóstico**

Con esta presentación, el cuello se encuentra hiperextendido, de tal manera que el occipucio se halla en contacto con la espalda del feto y el mentón (barbilla) es la presentación. La tasa se aproxima al 0.1% de los nacimientos (Arsène, 2019; Gardberg, 2011).

El mentón se encuentra en posición posterior directa. El parto vaginal es imposible a menos que el mentón gire hacia la parte anterior, Ver figura 3 en anexos.

Las causas de la presentación de cara son numerosas e incluyen trastornos que favorecen la extensión o impiden la flexión del cuello.

- Los fetos prematuros, con sus dimensiones cefálicas más pequeñas, pueden encajarse antes de cambiar a la presentación de occipucio, y los embarazos multifetales representan un mayor riesgo (Arsène, 2019).
- La paridad elevada es otro factor predisponente. En estos casos, un abdomen materno péndulo permite que la espalda del feto cuelgue hacia el frente, lo que favorece la extensión de la columna cervical.
- Las malformaciones fetales y polihidramnios son otros factores de riesgo para la presentación de cara o frente, y es natural que los fetos anencefálicos se presenten de cara (Bashiri, 2018).

Por último, las posiciones con extensión del cuello se desarrollan con mayor frecuencia cuando la pelvis estrecha o el feto es muy grande.

La presentación de cara se diagnostica mediante la exploración vaginal y la palpación de los rasgos faciales. Resulta notable que una presentación pélvica puede confundirse con una de cara. Sin embargo, con el examen cuidadoso el dedo encuentra resistencia muscular con el ano, al tiempo que se sienten las partes óseas más resistentes de los maxilares y el paladar a través de la boca. Es posible que al retirar el dedo del ano esté teñido de meconio. La boca y las eminencias males asumen una forma triangular, mientras que las tuberosidades isquiáticas y el ano se hallan en una línea recta. La ecografía puede ayudar en los casos dudosos (Bellussi, 2017). Raras veces se emplean las radiografías, que demuestran una cabeza hiperextendida con los huesos faciales al nivel o por debajo del estrecho pélvico superior.

## **Mecanismo del trabajo de parto**

La cara fetal puede presentarse con el mentón en posición anterior, transversal o posterior con respecto a la sínfisis del pubis materna. Aunque algunas presentaciones con mentón posterior persisten, la mayoría se convierte de manera espontánea a posición anterior, incluso ya en la segunda etapa del trabajo de parto (Sharshiner, 2015).

Con el mentón anterior, la rotación interna de la cara sitúa al mentón bajo la sínfisis del pubis. Solo de esta manera el cuello puede atravesar la superficie posterior de la sínfisis del pubis. Después de la rotación anterior y el descenso, el mentón y la boca aparecen en la vulva y la superficie inferior del mentón presiona contra la sínfisis. Una vez que el mentón pasa la sínfisis, el cuello puede flexionarse. Luego aparecen la nariz, ojos, cejas y occipucio en sucesión sobre el borde anterior del perineo. Después del nacimiento de la cabeza, el occipucio se cuelga hacia atrás en dirección del ano. A continuación, el mentón rota en dirección externa al lado al que estaba dirigido en un principio y nacen los hombros como en las presentaciones cefálicas. El edema y la equimosis, que por fortuna son temporales, pueden distorsionar mucho la cara. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Por otra parte, si el mentón persiste en posición posterior, el cuello relativamente corto no puede abarcar la superficie anterior del sacro. Además, la frente fetal se presiona contra la sínfisis del pubis materna. Esta posición impide la flexión necesaria para pasar por el conducto del parto. En consecuencia, como se indicó antes, el parto vaginal en posición con mentón posterior es imposible, a menos que los hombros entren en la pelvis al mismo tiempo, un fenómeno imposible, salvo en un feto en extremo pequeño o macerado. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### 3.1.2 Presentación de frente

Esta presentación infrecuente se diagnostica cuando la porción de la cabeza fetal entre el reborde orbitario y la fontanela anterior se presenta en el estrecho pélvico superior. La cabeza fetal ocupa una posición intermedia entre la flexión completa (occipucio) y la extensión completa (cara). Las tasas varían de 0.1% a 0.2% de los partos (Gardberg, 2011; Verspyck, 2012).

Los riesgos de la presentación de frente persistente son similares a los de la presentación de cara. Una presentación de frente a menudo es inestable y se convierte a una presentación de cara u occipucio.

La presentación puede reconocerse por palpación abdominal cuando es posible palpar tanto el occipucio como el mentón con facilidad, pero casi siempre es necesario el examen vaginal. Se sienten las suturas frontales, la fontanela anterior grande, las crestas orbitarias, los ojos y la raíz de la nariz durante el examen vaginal, pero no se palpan ni la boca ni el mentón. Ya se han descrito las referencias ecográficas (Bellussi, 2017).

Excepto cuando la cabeza fetal es pequeña o la pelvis es más grande de lo usual, el encajamiento de la cabeza fetal y el parto subsiguiente no pueden ocurrir mientras persista la presentación de frente. El encajamiento es imposible hasta que el moldeamiento marcado acorte el diámetro occipitomentoniano o, con más frecuencia, hasta que el cuello se flexione a una presentación de occipucio o se extienda a una presentación de cara. El moldeamiento considerable esencial para el parto vaginal de una presentación de frente persistente siempre deforma la cabeza. El caput succedaneum se halla sobre la frente y puede ser tan extenso que es imposible la identificación de la frente por palpación. En estos casos, la frente es prominente y cuadrada, y el diámetro occipitomentoniano está reducido. Los principios terapéuticos son similares a los de la presentación de cara.

### **3.1.3 Presentación podálica**

La presentación de nalgas, caudal o pélvica, que es una complicación de 3–4% de todos los embarazos, sucede cuando la pelvis o extremidades inferiores del feto se encajan en el estrecho superior de la pelvis de la madre. Existen tres tipos de presentaciones de nalgas, dependiendo de la actitud fetal. En la presentación de nalgas franca, las caderas están flexionadas y las rodillas extendidas bilateralmente. En la presentación de nalgas completa, ambas caderas y rodillas se encuentran flexionadas. En la presentación de nalgas incompleta, una (podálica simple) o ambas (podálica doble) piernas están extendidas por debajo del nivel de las nalgas. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

La posición fetal en la presentación de nalgas se determina usando el sacro fetal como punto de referencia respecto a la pelvis materna; esto se utiliza en las presentaciones franca, completa e incompleta. Se reconocen ocho posiciones posibles: sacra anterior (SA, sacrum anterior), sacra posterior (SP, sacrum posterior), sacra izquierda transversa (LST, left sacrum transverse), sacra derecha transversa (RST, right sacrum transverse), sacra izquierda anterior (LSA, left sacrum anterior), sacra izquierda posterior (LSP, left sacrum posterior), sacra derecha anterior (RSA, right sacrum anterior) y sacra derecha posterior (RSP, right sacrum posterior) ver figura 4 en anexos. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

La estación de la parte de presentación de nalgas es la localización del sacro fetal en relación con las espinas ciáticas de la madre.

#### **Patogenia**

Antes de las 28 semanas de gestación, el feto es lo suficientemente pequeño en relación con el volumen intrauterino como para girar de una presentación cefálica a una de nalgas y de vuelta a la cefálica con relativa facilidad. A medida que aumentan la edad y peso del feto, la relativa disminución del volumen uterino hace que estos

cambios sean más difíciles. En la mayoría de los casos, el feto asume de manera espontánea una posición cefálica para acomodar mejor el polo caudal de mayores dimensiones en la porción más espaciosa del fondo del útero.

La presentación de nalgas sucede cuando la versión espontánea a la presentación cefálica se ve impedida a medida que se acerca el final del embarazo, o si el trabajo de parto y nacimiento suceden de manera prematura antes de que haya sucedido la versión cefálica. Algunas causas incluyen oligohidramnios, polihidramnios, anomalías uterinas como un útero bicornio o tabicado, por tumores pélvicos que obstruyen la vía del parto, por placentación anormal, multiparidad avanzada y pelvis materna contraída.

En las gestaciones múltiples cada feto puede evitar que el otro gire, con una incidencia de 25% de presentación de nalgas en el primer gemelo, casi 50% para el segundo y porcentajes mayores con fetos adicionales. Además, se ha encontrado que 6% de los fetos en presentación de nalgas tienen malformaciones congénitas, que incluyen luxación congénita de la cadera, hidrocefalia, anencefalia, disautonomía familiar, espina bífida, mielomeningocele y trisomías cromosómicas 13, 18 y 21. Así, aquellos padecimientos que alteran el tono muscular y la movilidad del feto aumentan las probabilidades de una presentación de nalgas.

## **Datos clínicos**

### **Palpación y peloteo**

Las maniobras de Leopold y el peloteo manual del útero a través de la pared abdominal materna pueden confirmar la presentación de nalgas. Éstas, más suaves y menos definidas, pueden palparse en el segmento uterino inferior por encima del estrecho superior de la pelvis. No obstante, son comunes los errores diagnósticos si se utilizan sólo estas maniobras para determinar la presentación, ver figura 6 en anexos.

## **Estudios radiológicos**

Los estudios radiológicos permiten diferenciar entre la presentación de nalgas y la cefálica, y ayudan a determinar el tipo de presentación de nalgas localizando la posición de las extremidades inferiores. Los estudios radiológicos revelan gestaciones múltiples y defectos esqueléticos; puede observarse la actitud fetal, pero no es posible determinar el tamaño fetal en las placas radiográficas. A causa de los riesgos de la exposición del feto a la radiación con este método, ahora se utiliza la ecografía en lugar de las placas radiográficas para determinar la presentación y malformaciones fetales.

## **Ecografía**

Los estudios ecográficos practicados por un examinador experto documentan la presentación, actitud y tamaño del feto, las gestaciones múltiples, la localización de la placenta y el volumen de líquido amniótico. La ecografía también revela las posibles malformaciones esqueléticas y de tejido blando del feto.

### **3.1.4 Presentación Compuesta**

En este caso, una extremidad sobresale junto con la parte de presentación y ambas se presentan al mismo tiempo en la pelvis.

Goplerud y Eastman identificaron el prolapso de una mano o brazo junto con la cabeza una vez cada 700 partos. Fue mucho menos frecuente el prolapso de una o ambas extremidades junto a una presentación cefálica o una mano junto a la presentación pélvica. Las presentaciones compuestas se producen en casos en los que se impide o retrasa la oclusión del estrecho pélvico superior, algo similar a lo que ocurre con otras presentaciones anormales, ver figura 5 en anexos.

En casi todos los casos, la parte prolapsada debe dejarse de ese modo. Por lo general no impide el trabajo de parto y a menudo se retrae con el descenso de la parte de presentación. Si no se retrae y parece impedir el descenso de la cabeza, la parte prolapsada puede empujarse con suavidad hacia arriba al mismo tiempo

que se empuja la cabeza hacia abajo mediante presión en el fondo. En casos con una presentación concomitante de una mano, es posible que el feto retraiga la mano en forma refleja si el médico la pellizca. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

En general, las tasas de mortalidad y morbilidad perinatales son más altas, pero se deben sobre todo a los efectos del parto prematuro relacionado, al prolapso del cordón umbilical y a los procedimientos obstétricos traumáticos. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

### **3.2 Situación fetal:**

Los factores que predisponen a una situación fetal transversa son:

- Multíparidad
- Placenta previa
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas

#### **3.2.1 Situación transversal**

##### **Etiología y diagnóstico**

En este caso, el eje longitudinal del feto es más o menos perpendicular al de la madre. En una situación transversal, el hombro suele colocarse sobre el estrecho pélvico superior. La cabeza ocupa una fosa iliaca y la pelvis la otra. Esto crea una presentación de hombro, en la que el lado de la madre en el que descansa el acromion determina la designación de la posición como acromial derecha o izquierda. Además, la espalda puede dirigirse en sentido anterior o posterior y también superior o inferior. Por lo tanto, es común describir las variedades derecha o izquierda como dorsoanterior y dorsoposterior, ver figura 5 en anexos.



La situación transversal complica a cerca del 0.3% de los nacimientos, algunas de las causas más frecuentes incluyen relajación de la pared abdominal debido a paridad alta, feto prematuro, placenta previa, anatomía uterina anormal, polihidramnios y pelvis materna estrecha. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Una situación transversal casi siempre es fácil de reconocer, muchas veces con la mera inspección. El abdomen es más ancho de lo usual, mientras que el fondo uterino se extiende solo arriba de la cicatriz umbilical. No se detecta un polo fetal en el fondo y el peloteo de la cabeza se encuentra en un lado y la pelvis en el otro.

Cuando la espalda es anterior, un plano de resistencia marcada se extiende sobre la parte frontal de abdomen. Cuando es posterior se sienten nódulos irregulares que representan las pequeñas partes fetales a través de la pared abdominal de la madre. Durante el examen vaginal, en las etapas tempranas del trabajo de parto, si puede alcanzarse la parte lateral del tórax se sienten las costillas paralelas. Con una dilatación adicional se distinguen el omóplato y la clavícula en lados opuestos del tórax. La posición de la axila indica el lado de la madre hacia el que se dirige el hombro. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## **Mecanismo del trabajo de parto**

El parto espontáneo de un feto desarrollado por completo es imposible con una situación transversal persistente. Después de la rotura de las membranas, si el trabajo de parto continúa, el hombro fetal es forzado hacia la pelvis y el brazo correspondiente se prolapsa con frecuencia. Después de cierto descenso, el hombro se detiene por los bordes del estrecho pélvico superior.

Conforme el trabajo de parto continúa, el hombro se impacta con firmeza en la parte superior de la pelvis. El útero se contrae en forma vigorosa en un intento infructuoso para vencer el obstáculo. Con el tiempo, un anillo de contracción uterina se vuelve cada vez más alto y marcado. Una forma extrema es el anillo de Bandl, descrito en la sección de complicaciones. En una situación transversal descuidada, al final se

rompe el útero. Incluso sin complicaciones, las tasas de morbilidad materna y fetal con la situación transversal son elevadas por su relación frecuente con la placenta previa, prolapso del cordón umbilical y manipulaciones fetales durante la cesárea. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Si el feto es pequeño, casi siempre < 800 g, y la pelvis es grande es posible el parto espontáneo a pesar de la persistencia de una situación anormal. El feto se comprime con la cabeza forzada contra su abdomen. Una parte de la pared torácica debajo del hombro se vuelve la parte más inferior y aparece en la vulva. La cabeza y tórax pasan después por la cavidad pélvica al mismo tiempo. El feto, que está doblado sobre sí mismo en una posición que algunas veces se denomina conduplicato corpore, es expulsado. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

## **Tratamiento**

El trabajo de parto activo en una mujer con situación transversal casi siempre requiere parto por cesárea. Con la posición dorsoanterior o dorsoinferior, ni los pies ni la cabeza del feto ocupan el segmento uterino inferior. Una incisión uterina transversal baja puede derivar en una extracción fetal difícil. Por lo tanto, suele estar indicada una incisión vertical. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Con la posición dorso posterior o dorso superior es posible sujetar uno o ambos pies a través de una incisión transversal inferior y proceder a la extracción de nalgas.

Antes del trabajo de parto o en una etapa temprana del mismo, con las membranas intactas, vale la pena intentar la versión cefálica externa (ECV, external cephalic version). La selección de las pacientes aptas y la técnica de ECV son semejantes a las empleadas con un feto en posición pélvica. Las tasas de éxito de la ECV son altas y superan a las obtenidas en posiciones pélvicas (Correia Costa, 2020; Salzer, 2015).

## **Prolapso del cordón umbilical**

El prolapso complica a 0.1% a 0.2% de los nacimientos (Behbehani, 2016; Gibbons, 2014). Como se indicó antes, el prolapso del cordón umbilical puede ser más frecuente con la pelvis estrecha. La mayor parte de los riesgos surge por la falta de encajamiento de la parte de presentación e incluyen polihidramnios, presentación pélvica, situación transversal, feto prematuro o pequeño con peso < 2 500 g, rotura prematura de membranas y embarazo multifetal (Hasegawa, 2016).

La presentación fúnica es aquella en la que el cordón umbilical es la parte de presentación. Aunque es rara, es un potente factor de riesgo para el prolapso y exige parto por cesárea antes del trabajo de parto. Ente los factores maternos para el prolapso del cordón, la alta multiparidad, un leiomioma que causa distorsión o una anomalía uterina paramesonéfrica son razones menos frecuentes (Pagan, 2020).

Por lo general, el prolapso del cordón umbilical es un diagnóstico clínico. El asa de cordón se palpa en una posición más inferior del conducto vaginal que la cabeza o junto a esta. En la mayoría de los casos, la elevación manual pronta de la cabeza fetal alivia la compresión del cordón. Al mismo tiempo se realizan las preparaciones expeditas para el traslado al quirófano y para la cesárea. En casos raros es razonable el parto vaginal o quirúrgico si puede completarse con mucha mayor rapidez que una cesárea urgente (Royal College de Obstetricians and Gynaecologists, 2017).

### **3.4 Complicaciones Fetales**

- **Anoxia neonatal**

La compresión y prolapso del cordón umbilical se asocian con el parto de nalgas, sobre todo en las presentaciones completa (5%) e incompleta (15%). Esto se debe a la incapacidad de la parte de presentación de llenar la pelvis materna, ya sea a causa de prematurez o por la deficiente aplicación de la parte de presentación

contra el cuello uterino, de modo que se permite que el cordón se proyecte más allá del nivel de las nalgas. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

Las presentaciones francas ofrecen una parte de presentación contorneada que se acomoda mejor en la pelvis materna, y por lo general se aplica de manera adecuada al cuello uterino. La incidencia de prolapso de cordón es de sólo 0.5% (igual que para las presentaciones cefálicas). La compresión del cordón prolapsado sucede durante las contracciones uterinas, provocando desaceleraciones moderadas a graves en la frecuencia cardiaca fetal, lo que puede ocasionar anoxia o muerte. Si se intenta el parto vaginal de nalgas en estos casos, es indispensable el monitoreo electrónico continuo durante el trabajo de parto a fin de detectar desaceleraciones ominosas que, en caso de ocurrir, exigen que se realice una cesárea de inmediato.

- **Lesiones del nacimiento**

La incidencia de traumatismos neonatales durante el parto vaginal de nalgas es de 6.7%, 13 veces más que en el caso de la presentación cefálica (0.51%). Sólo el fórceps alto y los procedimientos de versión interna y extracción tienen tasas mayores de lesiones de nacimiento que los partos vaginales de nalgas. El tipo de lesiones perinatales que se informa en los partos de nalga incluyen:

- Laceraciones del del cerebelo.
- Cefalohematomas.
- Rotura de la médula espinal.
- Parálisis braquial.
- Fractura de los huesos largos.
- Rotura de los músculos esternocleidomastoideos.

El parto en presentación de nalgas es la causa principal de daños a las glándulas suprarrenales, hígado, ano, genitales, columna vertebral, articulación de la cadera, nervio ciático y musculatura de los brazos, piernas y espalda del feto.

Los factores que contribuyen a un difícil parto vaginal de nalgas incluyen:

- Dilatación parcial del cuello uterino.
- Brazos nucales unilaterales o bilaterales y deflexión de la cabeza.

El tipo de procedimiento utilizado llega a incidir sobre el desenlace neonatal.

Cuello uterino parcialmente dilatado: El parto de un feto en presentación de nalgas puede llevarse a cabo aun cuando el cuello uterino sólo se encuentre parcialmente dilatado, porque los diámetros bitrocantéreo y biacromial son menores que el diámetro biparietal; esto es cierto sobre todo en los casos de prematuridad. La cadera y hombros logran pasar por el cuello uterino, pero la cabeza queda atrapada, lo que produce un parto difícil con concomitantes lesiones neonatales. (Cunningham, Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal, 2015)

# **CAPÍTULO IV.**

## **Distócia De**

### **Hombros**

## **CAPÍTULO 4. Distócia De Hombros**

La distocia de hombros es una urgencia obstétrica impredecible que debe ser atendida por personal capacitado; de no ser así se pueden presentar complicaciones tan graves como la muerte fetal; de ahí la importancia de que el personal de salud, ginecoobstetra y enfermera obstetra deben conocer este tema, para ofrecer a la paciente una atención de calidad y así disminuir esta incidencia. (Báez, 2012)

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras la define como el nacimiento que requiere maniobras obstétricas adicionales que siguen a una falla de la tracción gentil hacia abajo de la cabeza fetal para que ocurra el nacimiento de los hombros.

### **4.1 Aspectos históricos**

(Smellie, 1730) auxiliaba a parteras en la atención de partos complicados con distocia de hombros, a los cuales la mayoría de los recién nacidos no lograba sobrevivir. André Levret, obstetra francés, fue uno de los primeros en explicar que la distocia de hombros era secundaria a un aumento en el diámetro biacromial del producto. Es hasta después de 1950 cuando se empieza a definir a esta patología como una entidad clínica y es cuando las maniobras para distocia de hombros son bien documentadas en la literatura.

En esta no se produce la expulsión de la cintura escapular con las maniobras "habituales" después del nacimiento de ésta, por lo que se requieren maniobras especiales, como los cambios de posición materna y manipulaciones del feto, que requieren una tracción mayor a la habitual de la cabeza fetal, con un período prolongado para el nacimiento del resto del cuerpo, mayor a 60 s según Spong. (Báez, 2012)

## **4.2 Epidemiología**

La distocia de hombros es un evento relativamente raro cuya incidencia se reporta de 0.15 a 0.60%;<sup>57</sup> esta cifra se incrementa de acuerdo con el peso del producto; es decir, entre mayor sea éste, hay más probabilidad de presentación de una distocia, con una incidencia de hasta 10% en productos con peso mayor de 4 500 g. según lo reportado por Sack, por lo que es importante considerar la operación cesárea en caso de sospecha de producto macrosómico, como estrategia para disminuir la distocia de hombros. Aunque se presenta en la macrosomía fetal, también se da en casos de productos con peso en límite normal e incluso bajo; de hecho, de 50 a 90% de las distocias de hombros se produce en fetos de tamaño normal. (Báez, 2012)

## **4.3 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo juegan un papel importante en la sospecha de esta patología y se dividen en dos grandes grupos.

### **4.3.1 Factores anteparto:**

- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Edad materna avanzada.
- Producto con macrosomía fetal.
- Antecedente de distocia de hombros.
- Embarazo prolongado.
- Ganancia excesiva de peso en el embarazo.
- Pelvis platipeloide .
- Alteraciones de la anatomía pélvica.
- Sexo masculino.



### **4.3.2 Factores intraparto:**

- Inductoconducción con oxitocina.
- Uso de fórceps medio.
- Analgesia peridural.
- Extracción con ventosa.
- Prolongación del segundo periodo del trabajo de parto; Benedetti informa que, si éste se prolonga por más de dos horas en las primigrávidas y de una hora en las multigrávidas puede ser un signo adicional de peligro, por lo que existe un alto riesgo de distocia de hombros. (Báez, 2012)

### **4.4 Diagnóstico**

El diagnóstico puede sospecharse conociendo los factores de riesgo y se hace una vez que ha nacido la cabeza feral, donde es difícil colocar las manos del obstetra o de quien realiza la atención del parto, entre la cabeza y el periné, presentándose el signo de la tortuga, que consiste en la retracción de la cabeza impactándose en el periné (el mentón del producto se "adhiera" al periné o muslos maternos), lo que nos llevaría a pensar en que se presentará un parto difícil, una distocia de hombros. (Báez, 2012)

Se debe hacer diagnóstico diferencial con malformaciones, tumores e hidrops fetalis, así como cordón corto; también con tumores pélvicos maternos y anillo de contracción uterino.

### **4.5 Atención**

Existe una gran variedad de maniobras descritas en la atención de la distocia de hombros, algunas están en desuso y otras aún son de gran utilidad y deben ser usadas después de realizar una tracción suave de la cabeza fetal hacia abajo,

tratando de desimpactar el hombro anterior, y sin conseguir el nacimiento completo del producto. Se puede enunciar: maniobra de McRoberts, maniobra de Mazzanti, maniobra de Rubín, maniobra de Woods o del tornillo o sacacorchos, compresión fúndica, maniobra de Hibbard, maniobra de Zavanelli, maniobra de Zavanelli modificada, maniobra de Gas kin o de todos los cuatro, maniobra de Morris o del anillo apretado, maniobra de Varnier, maniobra de Jacquemier, maniobra de Chavis, rescate abdominal, maniobra de Couder, sinfisiotomía, pubiotomía y maniobras para productos muertos entre otras. (Báez, 2012) A continuación, se describen algunas de ellas.

## **Tracción**

Al nacer la cabeza fetal y sospechar una distocia de hombros, se puede realizar una tracción delicada del producto hacia abajo, pero se debe tener cuidado, que con esta maniobra se puede lesionar el plexo braquial. Si después de dos o tres intentos no se obtiene éxito, hay que intentar otro procedimiento. También se ha descrito la tracción de arriba a abajo y viceversa como método auxiliar. Se recomienda ejercer la tracción hasta obtener el desprendimiento del hombro anterior, aunque se debe tener en mente que no siempre se logra el objetivo. La tracción del producto puede realizarse en combinación con otras maniobras como la de McRoberts. (Báez, 2012)

De acuerdo a manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos define las siguientes maniobras en el actuar ante la presencia de alguna distocia, las cuales se describen a continuación:

## **Maniobra de McRoberts**

Más usada para el nacimiento del producto caso una distocia de hombros. Su primer reporte la literatura data de 1899 fue Gonik" quien dio una descripción actual, otorgando los créditos William A. McRoberts Se coloca la paciente en posición ginecológica. Mientras se realizan las maniobras para la extracción del producto,

dos ayudantes, uno cada lado del operador, ayudan retirar las piernas los estribos las flexionan en ángulo agudo sobre el abdomen; cada uno toma las extremidades inferiores de la paciente (tomándolas de los pies), produciendo flexión de los muslos sobre abdomen de las piernas sobre los muslos, dirigiéndolos ligeramente en forma lateral del abdomen de la paciente. (Báez, 2012) Así se logra la rectificación del sacro materno respecto de las vértebras lumbares, con la subsecuente rotación la sínfisis del pubis una disminución del ángulo de inclinación pélvica. Así, la rotación pélvica cefálica desimpactar hombro anterior; también se reducen las fuerzas de extracción del hombro fetal. Se encuentra una eficacia de 40 80% cuando se utiliza como maniobra única de 91 a 95% cuando se combina con otras." Se reporta una baja incidencia de complicaciones maternas fetales al realizar esta maniobra, por lo que la mayoría de los autores coinciden en que debe realizarse como primera opción en caso de presentarse una distocia de hombros.

### **Maniobra de Mazzanti**

Consiste en aplicar presión suprapúbica, la cual es dirigida hacia atrás (posterior) para desalojar el hombro anterior e impulsarlo de atrás de la sínfisis del pubis.

### **Maniobras de Rubín**

Primera maniobra de Rubín. Descrita en 1964. Se realiza meciendo los hombros fetales de un lado hacia el otro por medio de la aplicación de fuerza en el abdomen hasta desimpactar el hombro anterior y encontrar el diámetro pélvico más favorable para el descenso. (Báez, 2012)

### **Segunda maniobra de Rubín o Tornillo de Woods invertido**

Si con la primera no se tiene éxito, se procede a la segunda maniobra de Rubín, que se conoce como maniobra del tornillo de Woods invertida, donde la mano pelviana alcanza la superficie posterior del hombro fetal más accesible (más

frecuente el posterior), el cual es empujado hacia la superficie anterior del tórax dirigiéndola en forma lateral sobre la cara posterior del hombro anterior tratándolo de rotar 180° o también puede realizarse una presión supra púbrica. (Báez, 2012) Esto da como resultado la aducción de ambos hombros, lo que a su vez produce un diámetro hombro a hombro más pequeño y el desplazamiento del hombro anterior desde su ubicación por detrás de la sínfisis del pubis. Estas maniobras van seguidas de una tracción suave de la cabeza fetal.

### **Maniobra en Sacacorchos de Woods o en Tornillo de Woods**

Maniobra descrita en 1943 por Woods y Westburg. Consiste en colocar la mano o dos dedos del obstetra en la región anterior del hombro posterior, realizando la rotación progresiva del hombro posterior en 180° en forma de sacacorchos para liberar el hombro anterior impactado, y así rotar el hombro posterior a anterior; se debe tener cuidado, ya que puede causarse abducción de los hombros y el aumento consecuente del diámetro biacromial, por lo que algunos obstetras optan por realizar primero la maniobra de Rubín para rotación de la cintura escapular (invertida de Woods). Se puede combinar aplicando presión fúndica con la otra mano (en el polo pelviano del feto) al mismo tiempo que se realiza la rotación. Esta maniobra debe ser realizada por el mismo operador para coordinar adecuadamente la presión de ambas manos. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Hibbard**

En 1969 Hibbard describió esta maniobra, que consiste en ejercer en forma cuidadosa y coordinada presión sobre el maxilar inferior y el cuello del feto en dirección del recto de la madre, mientras un ayudante ejerce presión sobre el fondo uterino a medida que el hombro anterior realiza una rotación interna y desciende debajo de la sínfisis del pubis. (Báez, 2012)

### **Compresión Fúndica**

La presión en el fondo uterino usada como maniobra única no es recomendada actualmente por el alto porcentaje de morbilidad fetal y rotura uterina que puede producir, además de una mayor impactación del hombro en el pubis materno o en el promontorio sacro. Como no está asociada a otros procedimientos, presenta complicaciones de hasta 77%, como lesiones ortopédicas y neurológicas fetales, por lo que algunos autores la reportan sólo en combinación con otras maniobras como las de rotación. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Chavis**

Maniobra descrita en 1978 por Chavis que consiste en utilizar un instrumento de hoja cóncava con mango largo de acero inoxidable que se coloca entre la sínfisis del pubis y el hombro anterior; así, se produce un efecto de palanca para liberar dicho hombro. Este instrumento fue llamado "cuerno del hombro" (shoulder horn).

### **Maniobra de Morris o maniobra del Anillo apretado**

Esta maniobra es similar a la descrita por Woods y otros autores como Luset. Se colocan los dedos del que atiende el parto en la espalda del feto, a nivel del hombro posterior. La mano a introducir es la que se encuentra en la parte ventral del producto, colocando un dedo en la región axilar y el otro (u otros) sobre la escápula, produciendo una especie de vaivén logrando que con esto gire el tronco. Otra forma de realizar la maniobra del anillo, en caso de que este método falle, es introduciendo aún más los dedos, de tal forma que se alcance el sacro de la madre, pero que también se encuentre apoyo en el hombro del producto; se realiza entonces un movimiento giratorio de hasta 180°, logrando así el cambio de posición fetal. es decir, de derecha a izquierda y viceversa. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Jacquemier**

Se realiza en caso de falla de las maniobras rotatorias y consiste en introducir una mano en la vagina, siguiendo la curvatura del sacro de la madre, y llegar al hombro

posterior, se continúa introduciendo ésta, hasta alcanzar la mano, el antebrazo o al menos llegar al codo del producto. Se produce compresión en la fosa antecubital, logrando así la flexión del antebrazo para intentar tomar la mano y descenderla por la región ventral del producto y extraer el miembro superior de éste a la vulva, o hasta donde sea posible sin aplicar una fuerza excesiva, obteniendo el desprendimiento del hombro posterior al igual que otras. Se puede combinar con presión suprapúbica. Ésta se sigue de una tracción delicada de la cabeza fetal con la que normalmente se completa el nacimiento. Debe tenerse cuidado si se llega a tomar al producto del codo, ya que se puede producir una fractura de húmero. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Barnum**

Maniobra para el nacimiento del brazo posterior. El obstetra desliza su mano por detrás del feto hasta alcanzar el pliegue del codo, tirando de él hacia atrás y produciendo una flexión del antebrazo sobre el brazo con el subsecuente ascenso de la mano posterior sobre el tórax. Luego se toma la mano siguiendo un mecanismo similar a la maniobra de Jacquemier.

### **Maniobra de Varnier**

Se realiza la maniobra de Jacquemier y, una vez desprendido el hombro posterior, se fija con una compresa o campo estéril el miembro exteriorizado del producto con su cara, jalándolo hacia arriba y girando la cintura escapular y el tórax como si fuera un tornillo, logrando que salga el hombro posterior, ahora anterior, bajo la sínfisis del pubis. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Couder**

Desprendimiento del brazo anterior. Con los dedos índice y medio del operador se toma el brazo anterior del producto y se coloca en el dorso fetal (hacia abajo y atrás), logrando así desprenderlo; después, el hombro posterior se desprende con menos

dificultad y el nacimiento de éste se puede auxiliar con algunas maniobras. Esta técnica también ayuda a aliviar la compresión que se produce del cordón umbilical entre el feto y la pelvis materna. Esta maniobra no es muy recomendada debido a la alta incidencia de complicaciones maternas y del producto, como rotura uterina y fractura de húmero, respectivamente, sobre todo cuando se debe enfrentar a macrosomías. (Báez, 2012)

### **Maniobra de Gaskin o de todos los cuatros**

Maniobra del “mundo de las parteras”, descrita en 1976 por Ina May Gaskin; consiste en que la paciente se coloque de rodillas y manos en una superficie plana logrando la rotación pelviana de la madre con un incremento de las dimensiones pélvicas y consecuentemente se desimpacte del pubis el hombro anterior del feto (por la gravedad y cambio de posición). Se ha reportado un porcentaje de éxito de hasta 83% con esta maniobra; además de que no lleva un tiempo mayor a tres minutos el realizarla. Las complicaciones que se presentan son muy bajas y consisten en hemorragia materna y fractura de húmero. Bruner concluye que esta maniobra parece ser una técnica efectiva, segura y rápida para resolver la distocia de hombros.

### **Sinfisiotomía y Pubiotomía**

La sinfisiotomía (maniobra de Zárate) y pubiotomía (heosteotomía) son procedimientos raramente usados en la medicina contemporánea por la alta incidencia de complicaciones y por la escasa o nula experiencia del operador, aunque existen reportes recientes de éstos con resultados inconsistentes.<sup>21</sup> La sinfisiotomía toma aproximadamente dos a tres minutos después de tomar la decisión de realizarla, es decir, una vez que las maniobras recomendadas para la distocia de hombros han fracasado, inclusive después de intentar la maniobra de Zavanelli; si se realiza adecuadamente se logran incrementar hasta en 25% las

dimensiones pélvicas. (Báez, 2012) La pubiotomía consiste en seccionar el cuerpo del pubis de los dos lados, se crea una abertura en la piel introduciendo los dedos con dirección a la cara posterior del pubis (según Döderlein) y la sinfisiotomía en seccionar la articulación de éste, de la cual se han descrito varias técnicas, como la sinfisiotomía total (en desuso), sinfisiotomía parcial y la sinfisiotomía complementaria donde se secciona la porción central cartilaginosa del pubis conservando el ligamento arqueado. Algunos puntos a tomar en cuenta para disminuir las lesiones en estos procedimientos son los siguientes: apoyo lateral adecuado de las extremidades inferiores, disección parcial de la sínfisis, desplazamiento lateral de la uretra con sonda de Foley, que en ocasiones es difícil de colocar. Estas consideraciones se deben al alto riesgo de lesión a la uretra, al clítoris y a la vejiga. En la actualidad es difícil este procedimiento en la distocia de hombros. (Báez, 2012)

## **Rescate Abdominal**

O'Leary lo presenta como alternativa que puede realizarse por una falla de la maniobra de Zavanelli. Con la paciente en posición de litotomía modificada (menor flexión de las extremidades inferiores a la habitual), se realiza una incisión abdominal con histerotomía transversal de rescate por donde inmediatamente emerge el hombro anterior, liberando así la impactación. Esto permite al hombro posterior descender a la concavidad del sacro, mientras que la anterior gira lentamente en forma oblicua, permitiendo aún más el descenso del hombro posterior dentro de la pelvis materna y facilitando la prensión del brazo, y el nacimiento vía vaginal. En resumen, se produce la desimpactación y liberación del hombro anterior, permitiendo un mayor acceso para el nacimiento del brazo posterior y así el parto vaginal. (Báez, 2012)

## **Fractura Clavicular**



En la actualidad es utilizada como uno de los últimos recursos, aunque su incidencia es relativamente alta en pacientes con distocia de hombros, debido a que es frecuente que se presente inintencionadamente al realizar otras maniobras. Con ella se intenta reducir el diámetro biacromial fetal y favorecer así la expulsión del producto. Cuando se realiza, debe hacerse en su tercio medio y si es posible con la presión dirigida hacia arriba, con el fin de disminuir las lesiones pulmonares y vasculares que se pudieran presentar. (Báez, 2012)

## **4.7 Maniobras para productos muertos**

Existe una gran variedad de maniobras para distocia de hombros descritas para este tipo de productos. Podemos usar la mayoría de las descritas anteriormente, además de algunas otras que se describen a continuación.

### **4.7.1 Rotación fetal**

Se toma la cabeza fetal con ambas manos y se trata de rotar el tronco, colocando el diámetro biacromial con el diámetro pelviano materno más adecuado. También se puede usar en productos vivos pequeños, pero se debe realizar esta maniobra con mucha cautela, ya que es muy frecuente que se presente lesión del cuello fetal.

### **4.7.2 Tracción vertical de la cabeza fetal**

Se realiza tracción sostenida, rigurosa, hacia abajo de la cabeza fetal, tratando de que el cuello fetal alcance el periné materno, de forma similar a la descrita en productos vivos. Aquí se produce el encajamiento del hombro anterior. En este tipo de pacientes, en tanto productos muertos, no son tan importantes los resultados fetales como las lesiones del plexo braquial y las fracturas. En caso de no lograrse la extracción, también se puede realizar tracción de arriba hacia abajo y viceversa, con la misma fuerza utilizada previamente con la tracción sostenida hacia abajo. En caso de no tener éxito con estas maniobras, se puede realizar la cleidoromía

(anteriormente también se recomendaba la realización de braquiotomía que consistía en la amputación de uno o ambos brazos fetales, pero por aspectos legales y éticos, además de las reacciones que pudiera causar en la madre por la mutilación fetal, no está indicada actualmente). (Báez, 2012)

### **4.7.3 Cleidotomía**

La cleidotomía es el corte de la clavícula y puede ser unilateral o bilateral. Se realiza produciendo una tracción intensa hacia abajo de la cabeza para exponer el cuello fetal; posteriormente se hace una incisión en la piel y se disecciona en forma manual o instrumental localizando la clavícula y seccionándola por medio de unas tijeras; en caso de no lograr la extracción fetal, se procede a la cleidotomía posterior tratando ahora de traccionar el producto hacia el pubis, exponiendo así la región posterior del cuello. Este procedimiento podría justificarse en algunos casos en los que es difícil la realización de la fractura manual de la clavícula, como en productos macrosómicos, por lo que algunos autores prefieren la cleidotomía en estos casos (fetos muertos). (Báez, 2012)

### **4.7.4 Ganchos de Braun**

Se utilizan para jalar los hombros de productos muertos o acráneos. Se puede introducir por detrás de la sínfisis del pubis y al alcanzar el objetivo se gira aproximadamente 90° y se jala hacia abajo. Como complicación se puede producir rotura uterina.

### **4.7.5 Prensión de las axilas fetales**

Mismo mecanismo descrito con los ganchos de Braun. Consiste en jalar digitalmente las axilas del feto. También se puede usar en productos vivos, pero se pueden presentar complicaciones fetales importantes y en un porcentaje muy alto, por lo que difícilmente es usada en estos productos. (Báez, 2012)

**CAPITULO V.**

**Intervenciones De**

**La Enfermera**

**Obstetra En El**

**Trabajo De Parto**

**Distócico**

## **CAPÍTULO 5. Intervenciones de la enfermera obstetra en el trabajo de parto distócico**

### **5.1 Recepción de la paciente a la unidad toco quirúrgica**

Identificar a la paciente mediante expediente y brazalete, así como tranquilizar a la paciente y al familiar, presentarse con la paciente y los familiares, explicarle que es un proceso normal para intentar tranquilizar a la paciente. Realizar un interrogatorio, este varía de acuerdo a cada institución. En este interrogatorio van incluidos todos los antecedentes gineco-obstétricos, familiares y personales de la paciente, los cuales son de vital importancia para identificar factores de riesgo de distocia y por ende estar preparados para atender esta situación en caso de presentarse.

Durante la estancia de la paciente en la sala de labor se debe registrar periódicamente los signos vitales de la paciente en la hoja correspondiente, así como procurar su comodidad.

### **5.2 Manejo durante el trabajo de parto**

#### **5.2.1 Valoración inicial**

Los signos del comienzo del trabajo de parto son:

- Contracciones regulares, que pueden ser dolorosas o no.
- Reblandecimiento y centralización del cuello.
- Borramiento y/o dilatación del cuello uterino.

La pérdida de líquido amniótico no necesariamente implica el inicio del trabajo de parto (rotura prematura de membranas).

Es importante destacar que la pérdida del tapón mucoso, acompañado o no por estrías sanguinolentas, no es un signo de comienzo de trabajo de parto dado que el mismo puede expulsarse hasta varios días antes o no aparecer, aunque el parto haya comenzado.

### **5.2.2 Signos vitales**

- El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas. (Secretaría de salud, 2016)

### **5.2.3 Diagnóstico de la presentación y la posición fetal**

- Palpación abdominal.
- Exploración vaginal.
- Auscultación .
- Ecografía.

En algunas ocasiones es posible recurrir a radiografías simples, tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética.

### **5.2.4 Palpación abdominal: Maniobras de Leopold**

Se puede efectuar una exploración abdominal sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold en 1894, ver figura 6 en anexos.

- La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino. La presentación pélvica produce la sensación de una masa grande y nodular, en tanto que la cabeza se percibe dura y redonda y es más móvil y susceptible de peloteo.

- Una vez que se determina la situación del feto, se lleva a cabo la segunda maniobra mediante la colocación de las palmas de las manos a ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión leve, pero profunda. Por un lado, se percibe una resistencia dura, el dorso, y en el otro, numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles, las extremidades fetales. Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, es posible determinar la orientación del feto.
- La tercera maniobra se realiza al tomar la parte inferior del abdomen materno, por arriba de la sínfisis del pubis, entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada, se identifica una masa móvil, por lo general correspondiente a la cabeza. La diferenciación entre cabeza y pelvis se realiza como en la primera maniobra. Sin embargo, si la parte que se presenta está encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna y los detalles se definen entonces mediante la cuarta maniobra.
- Para llevar a cabo la cuarta maniobra, el explorador se coloca de frente a los pies de la madre y, con las puntas de los primeros tres dedos de cada mano, ejerce presión profunda en dirección al eje de la entrada pélvica. En muchos casos, cuando la cabeza ha descendido, es posible diferenciar con facilidad en la pelvis el hombro anterior mediante la tercera maniobra.

Se puede efectuar la palpación abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto.

### **5.2.5 Vigilancia fetal durante el parto**

la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) recomiendan en las mujeres con embarazos de riesgo, la

auscultación del corazón fetal se lleva a cabo por lo menos cada 15 min durante la primera fase del trabajo de parto, y cada cinco minutos durante la segunda fase.

En embarazos de alto riesgo, la ecografía fetal con Doppler es el método de elección debido a su alta sensibilidad que, además de ser no invasivo y accesible, permite la identificación de alteraciones que ponen en riesgo la vida del feto, ayudando al diagnóstico y monitoreo de las mismas. (Grilloni, y otros, s.f.)

### **5.2.6 Vigilancia de contracciones uterinas**

- Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar.
- La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.
- La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve. (Secretaria de salud, 2016)

Determinar la frecuencia, duración e intensidad

- Altura de fondo uterino.
- Determinar si ha existido rotura de membranas o no (si existe salida de líquido amniótico, se debe prescindir del tacto vaginal y proceder con la especuloscopia para confirmar la salida del líquido).

### **5.2.7 Exploración física**

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias, ver figura 7-8 en

anexos. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración. (Secretaría de salud, 2016)

- Determinar si ha existido sangrado.
- Exploración pélvica (borramiento, dilatación cervical, altura de la presentación, consistencia del cérvix, posición cervical, presentación fetal y pelvimetría).
- Vía venosa periférica permeable (catéter núm. 16 o 18)
- Embarazo a término con una valoración de la escala de Bishop mayor igual 6.
- Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia. (Secretaría de salud, 2016)

### **5.3 Esfuerzo expulsivo materno deficiente**

El trabajo de parto prolongado puede ser el resultado de una desproporción fetopélvica o de contracciones uterinas que son demasiado débiles o infrecuentes o, en ocasiones, demasiado intensas o muy frecuentes.

La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con el uso de un catéter de presión intrauterina.



Si la primera o la segunda etapa del trabajo de parto avanza muy lentamente y el peso fetal es aceptablemente bajo, se puede acelerar el trabajo de parto con oxitocina; si el tratamiento no tiene éxito, la causa puede ser una desproporción fetal o una disfunción hipotónica que no responde al tratamiento y que es posible que requiera un parto por cesárea.

Si la segunda etapa del trabajo de parto es prolongada, se puede considerar la extracción con fórceps o ventosa extractora (vacuum), si corresponde, después de evaluar el tamaño, la posición y el plano de descenso del feto, así como la pelvis materna.

Para la disfunción uterina hipertónica, considerar el reposicionamiento, los tocolíticos de acción corta, la suspensión de la oxitocina si está usándose y analgésicos. (Moldenhauer, Trabajo de parto prolongado, 2020)

### **5.3.1 Esfuerzos de pujo materno**

- Apoyo emocional y aliento
- Analgesia parenteral
- Bloqueo pudendo o analgesia neuroaxial

### **5.4 Valoración clínica de la pelvis**

- La valoración clínica de la pelvis consiste en elaborar la historia clínica
- Anamnesis
- Antecedentes de partos previos
- Peso de neonatos previos
- Duración del trabajo de parto previo
- Complicaciones previas
- Cirugías pélvicas (incluidos los desgarros de tercer y cuarto grados, que son indicación absoluta de cesárea), procedimientos antiincontinencia, etcétera.
- Fracturas pélvicas u otros antecedentes

## **5.5 Datos de exploración física para diagnosticar distocia**

- Cabeza encajada en paciente primigesta y trabajo de parto (si la paciente es primigesta y no existe encajamiento de la cabeza fetal se debe sospechar desproporción cefalopélvica).
- Maniobra de Hills-Müller, con una mano se toca la presentación y con la otra se presiona el polo inferior del feto para detectar si existe descenso o no de la presentación.
- Diámetro conjugado diagonal, se intenta tocar el promontorio, lo que en condiciones normales no se logra.
- Ángulo subpúbico, se considera adecuado cuando mide 90° o más.
- Diámetro bisquiático, lo normal es que mida como un puño u 8 cm.
- Paredes pélvicas convergentes y espinas ciáticas prominentes a la exploración pélvica.

## **5.6 Mecanismo de trabajo de parto en distocias fetales:**

### **5.6.1 Presentación de cara**

1. Mantener la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal con dispositivos externos para evitar una lesión en la cara o el ojo.
2. Puede completarse el parto con fórceps bajo o en el estrecho inferior de una presentación de cara con mentón anterior).

3. La extracción con vacío se ha vinculado con traumatismo ocular (De Bernardo, 2017).
4. La rotación a una posición de mentón anterior puede ocurrir en el trabajo de parto avanzado. No deben intentarse métodos de conversión.
5. Los intentos para convertir de manera manual una presentación de cara a una de occipucio, para girar una de mentón posterior a la posición de mentón anterior o para completar la versión podálica interna completa y la extracción son peligrosos y no se recomiendan.

## **5.6.2 Presentación podálica**

### **Exploración pélvica**

Durante la exploración vaginal, la cabeza redonda, firme y lisa puede distinguirse con facilidad de la suave e irregular presentación de nalgas si la parte de presentación es palpable. No obstante, si no puede discernirse esta presentación, se requieren estudios adicionales (es decir, ecografía).

### **Ecografía y radiología**

Las técnicas ecográficas pueden ayudar a identificar la posición fetal, en especial en mujeres obesas o en aquellas con rigidez de la pared abdominal. (Zahalka ,2005) compararon exploraciones digitales y ecografías transvaginales y transabdominales para determinar la posición de la cabeza del feto durante la segunda fase del trabajo de parto, e informaron que la ecografía transvaginal era mejor.

Si la desproporción fetopélvica causa una progresión más lenta que la esperada en la segunda etapa del trabajo de parto, se evalúa a la mujer para determinar si un parto vaginal operatorio (instrumental) es seguro y apropiado.

La mayoría de las presentaciones de occipucio posterior requieren un parto vaginal operatorio (instrumental) o una cesárea.

En la presentación pelviana, la presentación no permite una dilatación efectiva y esto puede hacer que la cabeza quede atrapada durante el parto, lo que a menudo comprime el cordón umbilical.

Para la presentación pelviana se suele indicar cesárea a las 39 semanas o durante el trabajo de parto, pero a veces la versión cefálica externa tiene éxito antes del trabajo de parto, en general a las 37 o 38 semanas.

Una vez reconocida la distocia de hombros, se convoca a personal adicional a la sala y se intentan varias maniobras secuencialmente para desencajar el hombro anterior; si estas maniobras no tienen éxito, se vuelve a colocar la cabeza fetal en la vagina o el útero y se libera al bebé por cesárea. (Moldenhauer, Distocia Fetal, 2020)

## **5.7 Manejo de una distocia de hombros**

Debido a que una gran parte de las distocias de hombros ocurre sin factores identificados, es importante tener en mente una serie de pasos que ayuden en la atención de esta urgencia y así tratar de disminuir su morbilidad. Hasta el momento no se ha obtenido resultados satisfactorios sobre la mejor maniobra para liberar el hombro impactado o reducir la presentación de las lesiones, por lo que esta forma de organización no tiene el fin de indicarla como un dogma; más bien pretende ser una guía fácil y rápida en la resolución del problema que se presenta; cada operador debe tratar de manejar la situación de acuerdo con su experiencia y conocimientos.

- Realizar una episiotomía amplia.
- Traccionar en forma descendente la cabeza fetal.

sin excederse con la fuerza aplicada. Utilizar la maniobra de McRoberts en caso de no lograr la extracción, y así rectificar la columna lumbar y disminuir la obstrucción del promontorio. La tracción de la cabeza fetal (en occipito transversa) se realiza con una compresa o campo estéril, dirigiéndola hacia abajo. Este proceder debe ser abandonado si no se consigue la exteriorización de los hombros después de una o dos tracciones en forma cuidadosa, pero con la suficiente fuerza para la extracción. Debe tenerse en cuenta que una tracción excesiva puede producir lesiones fetales.

- Un ayudante aplica una moderada presión supra púbica mientras se aplica tracción hacia abajo a la cabeza fetal. Estas maniobras se pueden usar en forma conjunta con lo cual se logra mayor éxito. Si aun así se fracasa, se procede a traccionar la cabeza fetal hacia arriba, tratando de que descienda más el hombro posterior hasta visualizar parte del cuello del producto, traccionando nuevamente hacia abajo.
- Si no se logra la extracción del producto, se procede a realizar la maniobra de Rubin (dirigida lateralmente) o Mazzanti; en caso de no lograr el objetivo con ellas, se procede a la de Rubín rotatoria o Woods invertida (rotación anterior) y finalmente a la maniobra del tornillo de Woods (rotación posterior); en caso de éxito, el hombro posterior sitúa debajo de la sínfisis y se exterioriza como un hombro anterior.
- Al no encontrar resultados satisfactorios con estas maniobras, el obstetra puede intentar deslizar la mano sobre hombro posterior y tórax fetales, hasta alcanzar la mano del niño, tomándola y exteriorizándola a través de la vagina; el cinturón del hombro rota a un diámetro más favorecedor en la pelvis, haciendo más fácil la liberación del hombro anterior.

Si con esto no consigue extracción, realizar fractura clavicular fetal (debe ser como uno los últimos recursos), presión con dedo pulgar (cleidotomía productos muertos).

Como ya se explicó, no existe un consenso ni ha demostrado superioridad una maniobra sobre otra; algunos autores Carlan, y colaboradores han sugerido el uso una nemotecnia básica (HELPER), que da idea rápida fácil de recordar momento en que enfrenta una distocia de hombros, por considerarse tener en mente cada vez que se presenta esta distocia.

H- Help (solicitar ayuda)

E- Evaluate for episiotomy (evaluar episiotomía)

L- Legs (maniobra McRoberts)

P- Pressure (presión suprapúbica)

E- Enter (Rubín)

R- Roll (maniobra de Gaskin)

Éstas a su vez se han clasificado en grados de gravedad de acuerdo con la maniobra usada y se dividen en leve (HELP), moderada (ERR) y grave (Zavanelli, fractura de clavícula y sinfisiotomía).

## **5.8 Apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto**

El apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto. Además, las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto. Se ha señalado también que el acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. (Becerra, 2016)

### **5.8.1 Comunicación efectiva**

Las y los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas.

## **5.9 Enfermería obstetra en la función administrativa**

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permiten sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral. (Becerra, 2016)

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primer criterio corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería; el segundo criterio determina la pertenencia a un concepto central, y el tercer criterio identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, un criterio diagnóstico y estar relacionado con la etiología. (Becerra, 2016)

A continuación, se presentan los diagnósticos NANDA, NIC y NOC relacionados con el proceso del nacimiento.

### **5.9.1 Dominio: Afrontamiento y tolerancia al estrés**

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Ansiedad (00146)

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual, con frecuencia, es inespecífico)

o desconocido por el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro (complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento).

- Características definitorias conductuales:
- ✓ Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- ✓ Nerviosismo.
- ✓ Agitación.

Relacionado con:

- Crisis situacional (trabajo de parto, parto y alumbramiento).
- Estrés.
- Amenaza para el estado de salud.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Apoyo emocional.
  - Comentar la experiencia emocional con la paciente.
  - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo.
  - Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos de tristeza o soledad.
  - Escuchar sentimientos y creencias de la paciente.
  - Favorecer la conversación o el llanto.
  - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- b. Aumentar el afrontamiento.
  - Alentar a la paciente.
  - Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.
  - Ayudar a la paciente a identificar la información más relevante.
  - Alentar a la paciente con una actitud de esperanza, pero a la vez realista.
  - Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses comunes.
  - Explorar éxitos anteriores de la paciente.
  - Fomentar la identificación de valores.
- c. Guía de anticipación.
  - Proporcionar información sobre expectativas realistas.
  - Ayudar a la paciente a adaptarse a los posibles cambios con anticipación.
  - Programar un seguimiento.



- Involucrar a la familia de la paciente, si procede.

Resultados de enfermería NOC

Escala 1302: Afrontamiento de problemas

### **5.9.2 Dominio: Afrontamiento y tolerancia al estrés**

Temor (00148)

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Manifestado por:

Informes de:

Alarma, aprensión, miedo, intranquilidad, tensión, inquietud, pánico o terror.

Característica definitoria cognitiva:

Disminución de la capacidad de aprendizaje.

Relacionado con:

Separación del sistema de soporte en el trabajo de parto y el parto.

Falta de familiaridad con el entorno clínico y la situación.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Potenciación de la seguridad.
  - Mostrar calma.
  - Pasar tiempo con la paciente.
  - Presentar los cambios en forma gradual.
  - Evitar producir situaciones emocionales intensas.
  - Escuchar los miedos de la paciente y la familia.
  - Responder a las preguntas sobre el estado de salud de una manera sincera.
- b. Presencia.
  - Mostrar una actitud de aceptación.
  - Ser sensible con las tradiciones y creencias de la paciente.
  - Establecer una relación de confianza.
  - Permanecer en silencio, si procede.
  - Permanecer físicamente con la paciente, sin esperar interacción o cambio.

- Permanecer con la paciente para disminuir los miedos.
- c. Técnica de relajación.
  - Hablar suavemente.
  - Mantener contacto visual con la paciente.
  - Favorecer la respiración lenta.
  - Utilizar distracción, si procede.
- d. Aumentar los sistemas de apoyo.
  - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
    - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
    - Determinar el grado de apoyo familiar.
    - Observar la situación familiar actual.
    - Permitir el acompañamiento de un familiar.

Resultados de enfermería NOC

Autocontrol del miedo (1404)

Dominio III. Salud psicosocial

(Becerra, 2016)

### **5.9.3 Partograma**

La vigilancia del trabajo de parto constituye una de las principales intervenciones de la enfermera obstetra, la cual repercute de forma importante en el binomio madre - hijo.

El partograma es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. (Cadme Solano, Rodríguez, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un partograma para utilizarse en países en desarrollo (Dujardin, 1992). De acuerdo con Orji (2008), el partograma

es similar para nulíparas y multíparas. El trabajo de parto se divide en una fase latente, que no debe durar más de ocho horas, y una fase activa. Esta última comienza con 3 cm de dilatación y su avance no debe ser menor de 1 cm/hora. Se recomienda esperar 4 h antes de intervenir cuando la fase activa es lenta.

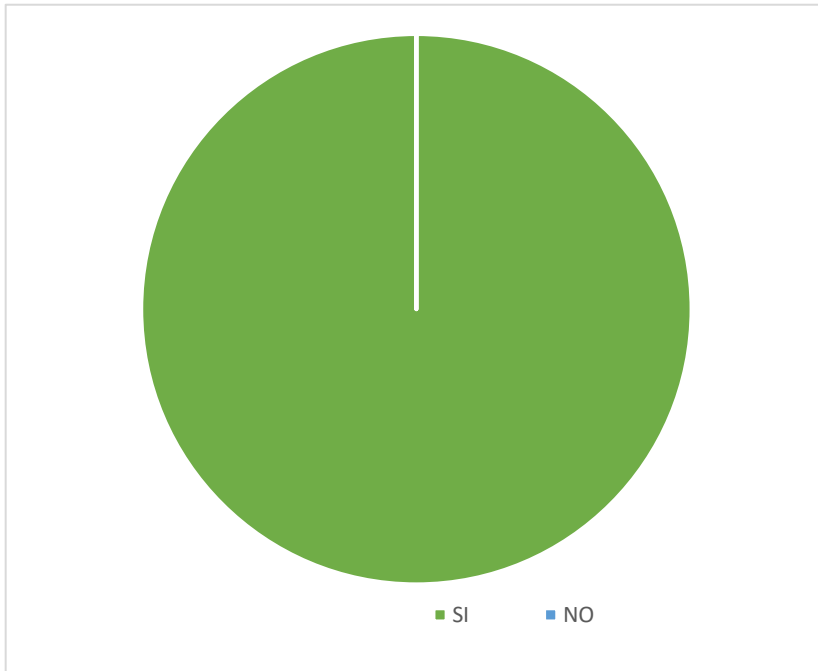
## ANÁLISIS DE DATOS

La presente encuesta refleja los resultados obtenidos a través de un cuestionario mixto, el cual se aplicó a profesionales de la salud, licenciadas en enfermería y obstetricia, médicos, etc. En la cual se interroga acerca de generalidades del tema y sobre todo de su opinión acerca de la actividad que desempeña enfermería, en donde los resultados arrojan que de la población encuestada el 100 % tiene conocimiento de que es el trabajo de parto, sólo el 70 % sabe diferenciar el inicio del trabajo de parto y como termina, el 80% conoce las fases uterinas del trabajo de parto, el 100 % sabe que es una distocia, el 60% conoce alguna clasificación de distocias, las principales complicaciones fetales consideradas como más graves son distocia de hombro, hipoxia, distocia presentación podálica, y de esto sólo el 80 % conoce alguna maniobra para actuar ante dichas complicaciones, el mismo porcentaje tiene conocimientos de las complicaciones que desencadena una distocia fetal, un 80 % a presenciado un trabajo de parto distócico durante su vida profesional, de igual forma ese porcentaje conoce la norma oficial mexicana que se emplea para el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida, del total de encuestados sólo un 70 % considera, que el personal de enfermería y obstetricia sabe cómo diferenciar entre un trabajo de parto eutócico y un distócico, la misma cantidad de personas cree que el personal de enfermería y obstetricia conoce los factores de riesgo que pueden desencadenar un trabajo de parto distócico, el mismo porcentaje opinan que el personal de enfermería y obstetricia está preparado para actuar ante la presencia de un trabajo de parto distócico.

## Graficado

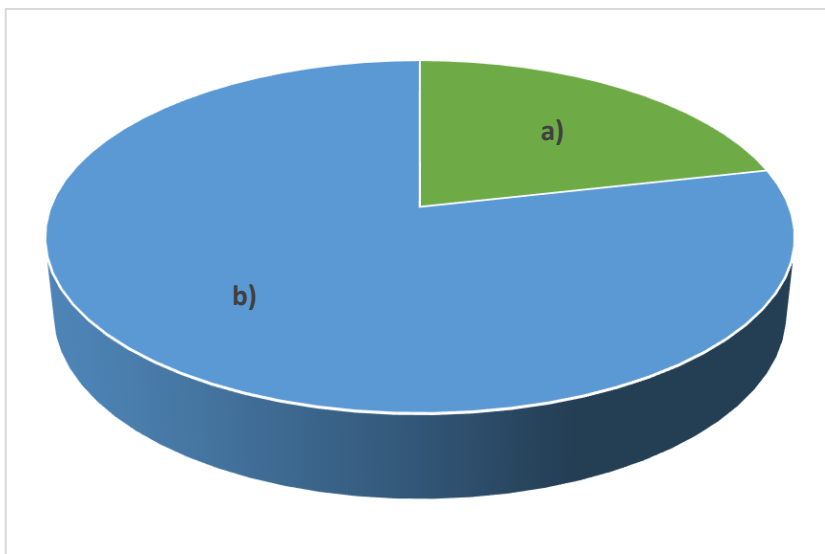
1. Conoce usted, ¿En qué consiste el trabajo de parto?

a) Si      b) No



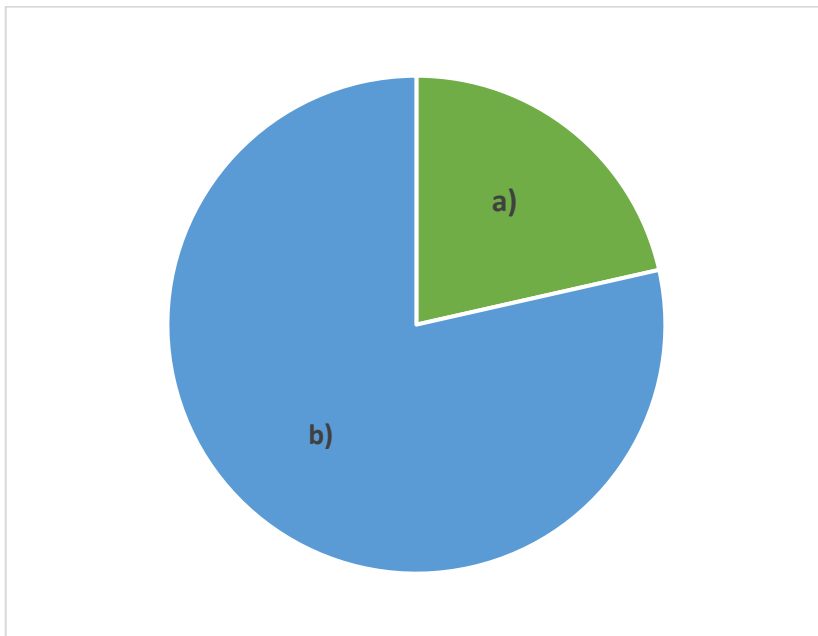
2. Tiene conocimiento de ¿Cómo inicia el trabajo de parto?

a) Si      b) No



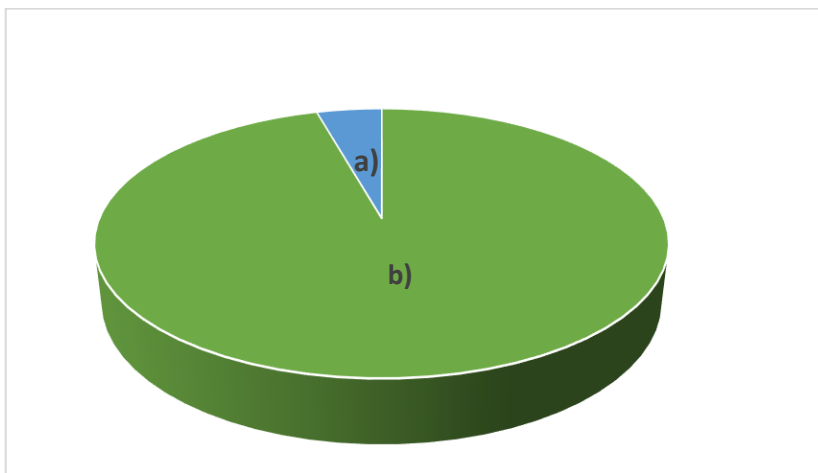
3. ¿Identifica cómo termina el trabajo de parto?

a) Si      b) No



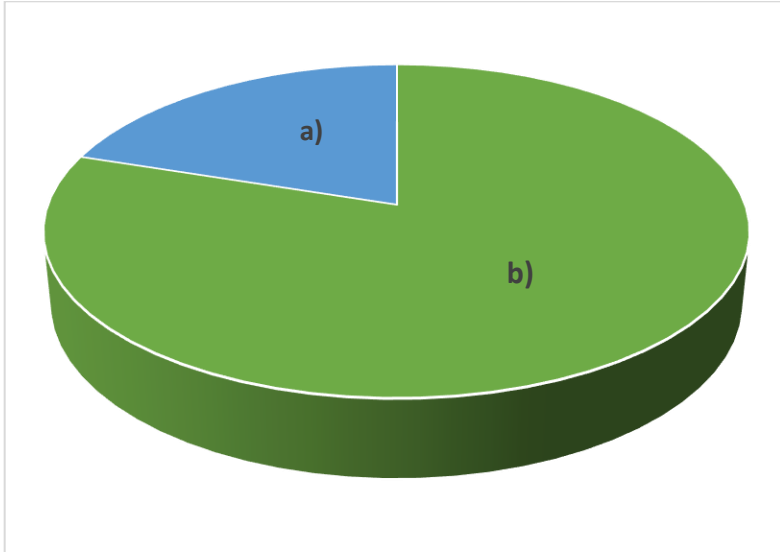
4. Conoce, ¿Cuáles son las fases uterinas del trabajo de parto?

a) Si      b) No



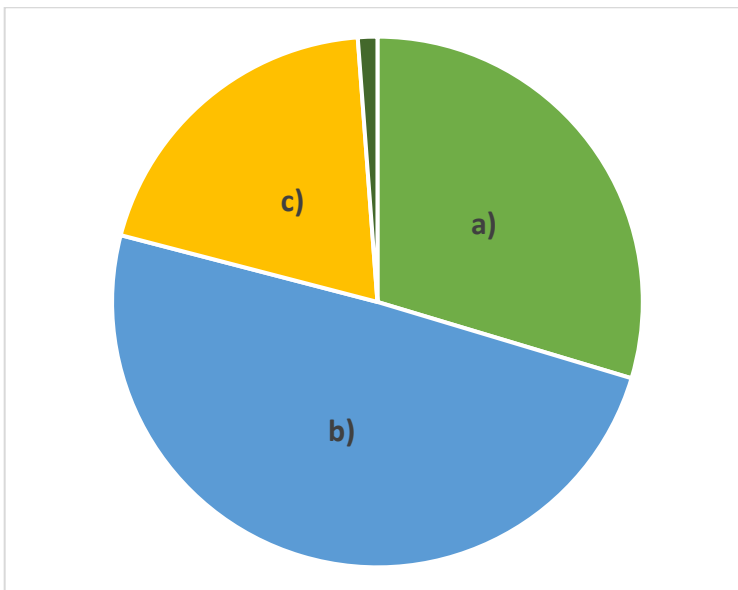
5. ¿Conoce alguna clasificación de las distocias?

- a) Si      b) No



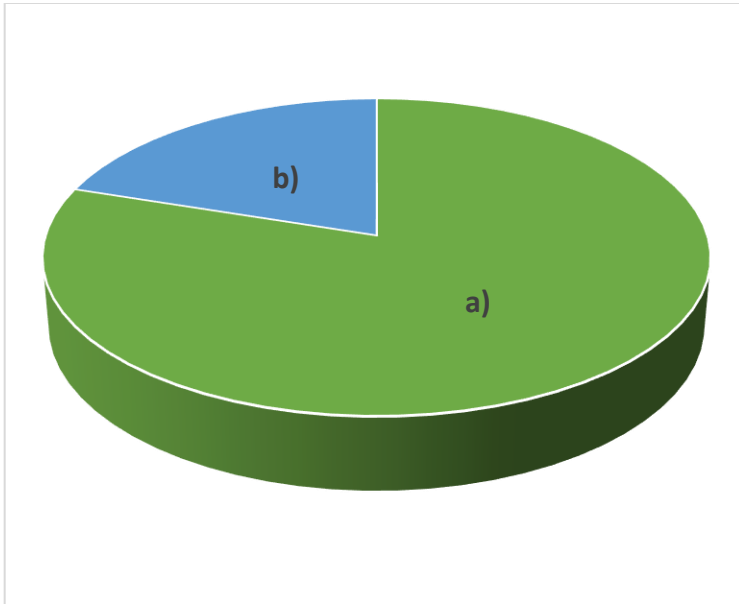
6. En cuanto a complicaciones fetales, ¿Cuál considera que es la más grave?

- a) Distocia de hombros      b) Asfixia fetal      c) Presentación pódalica



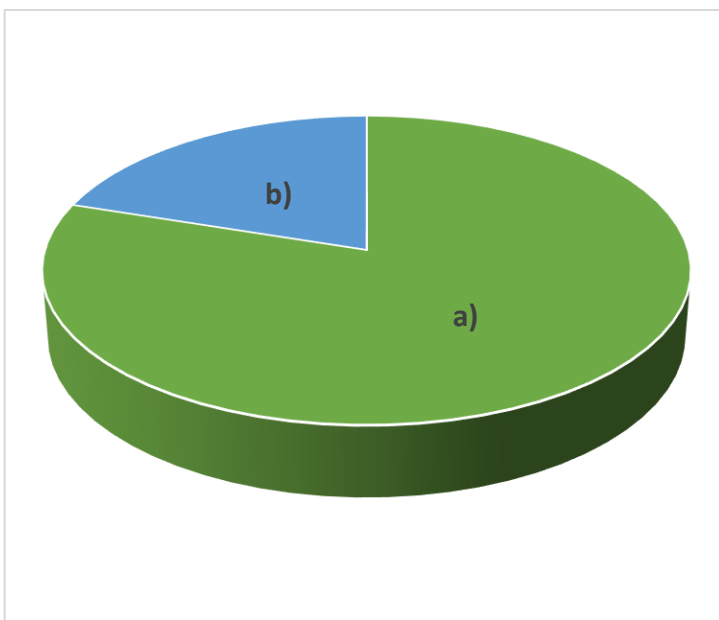
7. ¿Conoce alguna maniobra para actuar ante la presencia de alguna distocia fetal?

- a) Si      b) No



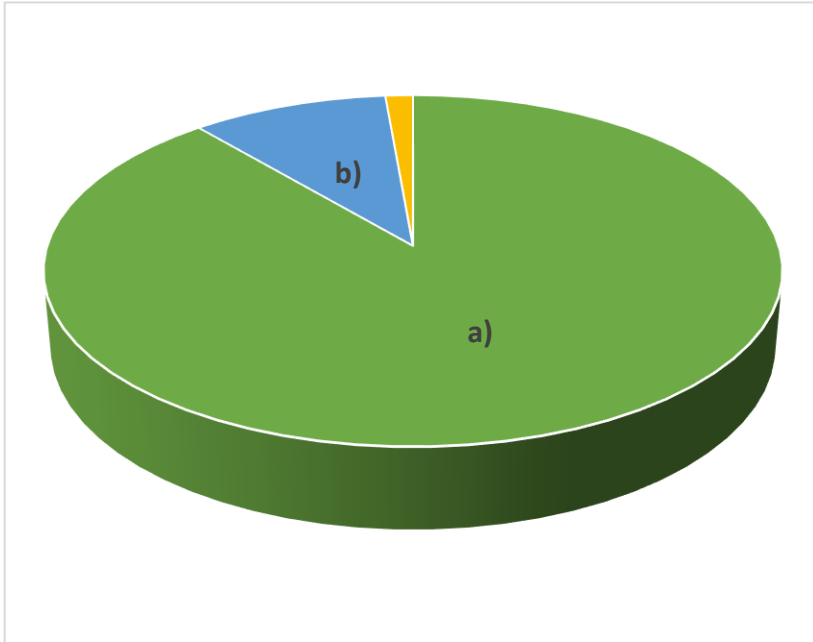
8. ¿Conoce las complicaciones que desencadena una distocia fetal?

- a) Si      b) No

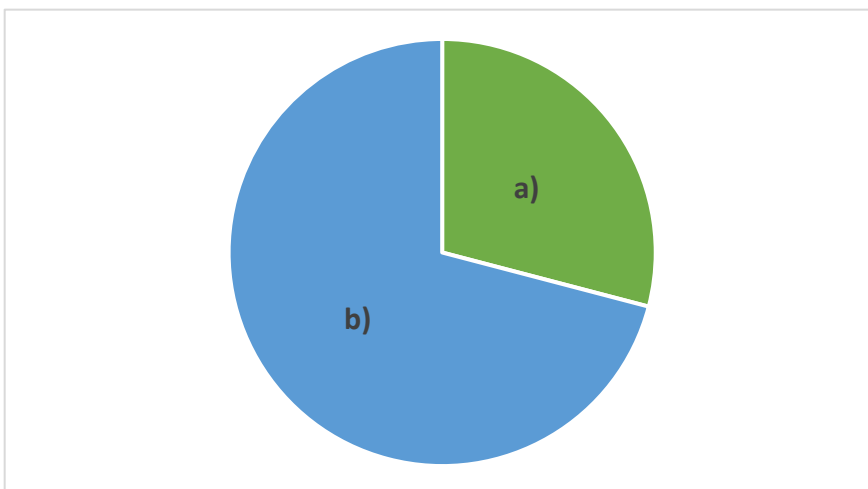




9. ¿Durante su vida profesional ha presenciado un trabajo de parto distócico?  
a) Si      b) No

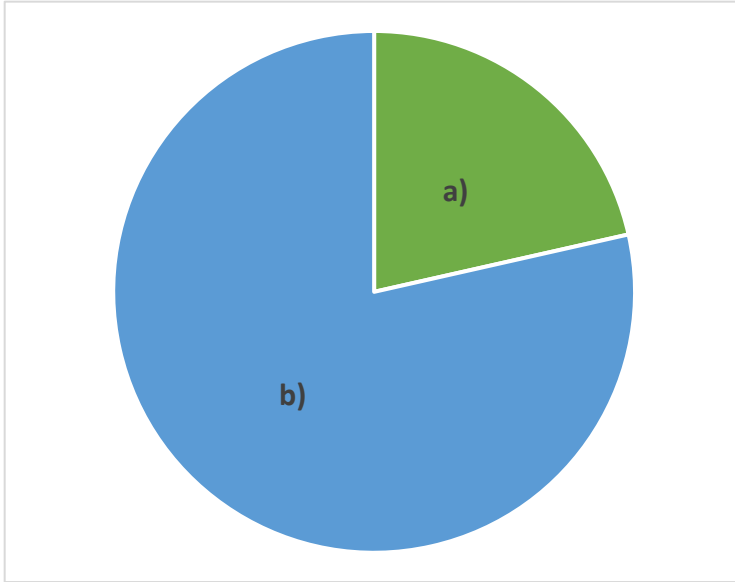


10. ¿Conoce usted la Norma Oficial Mexicana que se emplea para el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacido?  
a) Si      b) No



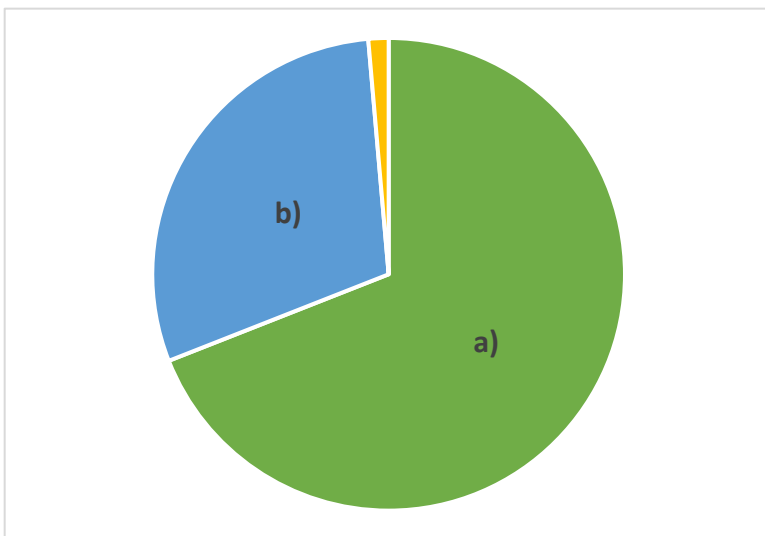
11. ¿Considera que el personal de enfermería y obstetricia, sabe como diferenciar entre un trabajo de parto eutócico y un distócico?

- a) Si      b) No



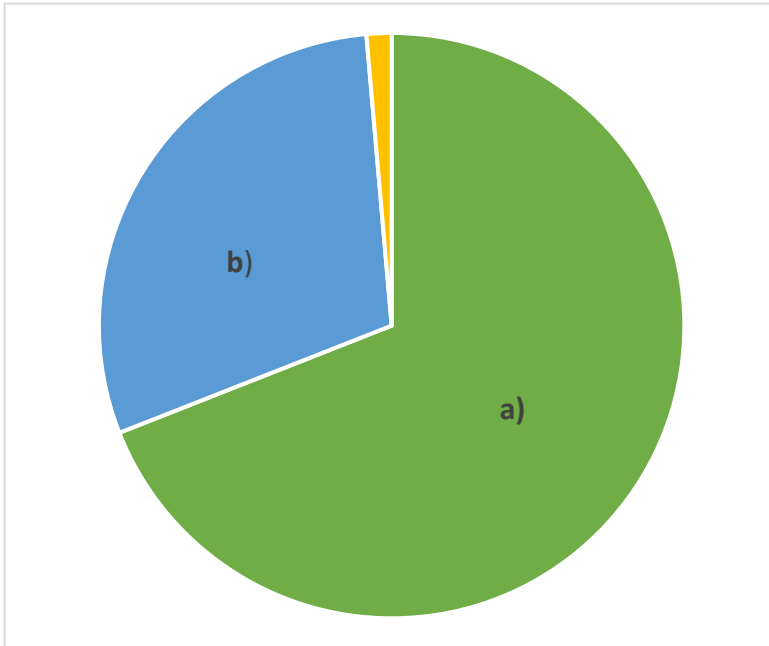
12. ¿Cree que el personal de enfermería y obstetricia, conoce los factores de riesgo que pueden desencadenar un trabajo de parto distocico?

- a) Si      b) No



13. ¿Cree que el personal de enfermería y obstetricia esta preparado para actuar ante la presencia de un trabajo de parto distócico?

- a) Si      b) No



## MÉTODO

La presente investigación se realiza en base al método científico el cual es utilizado en la producción de conocimiento de las ciencias, para ello, se realizó una revisión bibliográfica, sistemática en la que se pretende desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos teóricos para aplicarlo en la praxis. Otro de los métodos a utilizar es el cuantitativo en donde se pretende recoger y analizar datos mediante información ya establecida.

De igual forma se aplicara el método cualitativo el cual se basa en la observación para ello, se realizara una encuesta la cual se aplicara a profesionales de la salud, enfermeras obstetras, médicos, para conocer su opinión acerca del tema y sus aportaciones a este proyecto.

## **VARIABLES**

**Dependiente:** Parto distócico.

**Independiente:** Distocias.

Intervenciones de enfermería

Maniobras obstétricas.

## CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las intervenciones de la enfermera obstetra durante el trabajo de parto distócico, con base en un análisis cuantitativo y cualitativo del actuar de la enfermera ante dicha situación, lo expuesto anteriormente concluye que su participación es esencial para reducir las complicaciones de distocias que, pueden presentarse tanto en la madre como en el feto y que en cualquiera de los casos conllevan consecuencias que ponen en riesgo la vida de ambos, por lo tanto, el personal de enfermería es capaz de identificarlas e intervenir de forma oportuna para reducir la incidencia.

En segunda instancia otro de los objetivos fue proporcionar la información teórica para que el personal de enfermería este capacitado en esta emergencia obstétrica, el cual se pudo cumplir mediante la recopilación de información factible, actualizada, que pretende aumentar los conocimientos acerca del tema.

Así mismo la hipótesis se confirma, sustentada en lo descrito anteriormente, por lo tanto, se demuestra que el papel de la enfermera es de suma importancia, debido a que es quien está presente la mayor parte del tiempo, quien valora el estado materno fetal, y está capacitada para tomar la decisión de intervenir mediante técnicas y maniobras para confirmar la sospecha de distocia y en su caso tratar de revertir esa situación.

A partir de estas afirmaciones sugiero tomarlo como base al momento de ser necesaria su aplicación.

## **SUGERENCIAS**

El presente proyecto se realiza con el fin de lograr aplicarlo en el segundo nivel de atención en el área de tococirugía, específicamente en la sala de labor de parto y expulsión, identificar de forma oportuna la presencia de factores de riesgo que desencadenen una distocia.

El personal de enfermería este preparado para actuar de forma oportuna y eficaz, actualizándose en cuanto información y técnicas para brindar una atención obstétrica adecuada, en donde lo importante es preservar la salud e integridad materno-fetal.

## ANEXOS



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722

La presente encuesta se realiza con el fin de analizar que tanto se conoce sobre el trabajo de parto distócico.

1. ¿Conoce usted, en qué consiste el trabajo de parto?

Sí

No

2. ¿Cómo inicia el trabajo de parto?

3. ¿Cómo termina el trabajo de parto?

4. Conoce, ¿cuáles son las fases uterinas del trabajo de parto?

Sí

No

5. Comprende, ¿Qué es una distocia?

Sí

No

6. ¿Conoce alguna clasificación de las distocias?

Sí                      No

7. En cuanto a las complicaciones fetales, ¿Cuál considera que es la más grave?

8. ¿Conoce alguna maniobra para actuar ante esa complicación?

Sí                      No

9. ¿Conoce las complicaciones que desencadena una distocia fetal?

Sí                      No

10. ¿Durante su vida profesional ha presenciado un trabajo de parto distócico?

Sí                      No

11. ¿Cuál es la norma oficial mexicana que se emplea para el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida?

12. ¿Considera, que el personal de enfermería y obstetricia sabe cómo diferenciar entre un trabajo de parto eutócico y un distócico?

Sí                      No

13. ¿Cree que el personal de enfermería y obstetricia conoce los factores de riesgo que pueden desencadenar un trabajo de parto distócico?

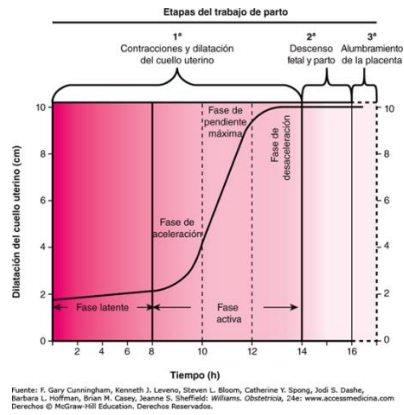
Sí                      No

14. ¿A su criterio, cree que el personal de Enfermería y Obstetricia está preparado para actuar ante la presencia de un trabajo de parto distócico?

Sí                      No

15. ¿Por qué?

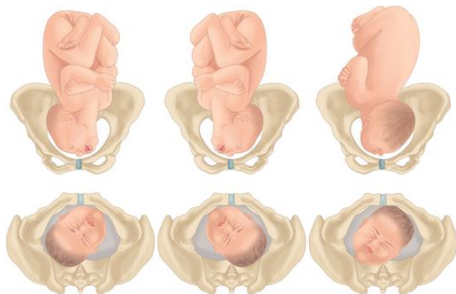




**Figura 1** Curva de dilatación promedio para el trabajo de parto en nulíparas. La primera etapa se divide en una fase latente relativamente plana y una fase activa de rápida progresión.



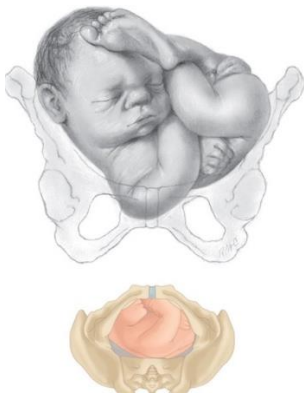
**Figura 2.** Situación longitudinal. Presentación de vértice. Occipital anterior derecha (ROA).



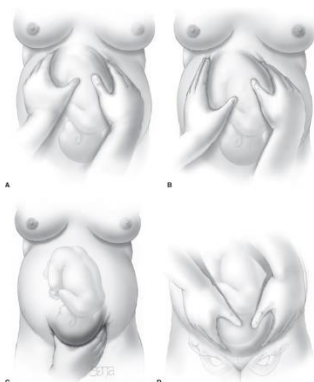
**Figura 3.** Situación longitudinal. Presentación de cara. Variedades de posición mentoanterior izquierda y derecha, y mentoposterior derecha.



**Figura 4.** Situación longitudinal. Presentación pélvica. Variedad sacroposterior izquierda.

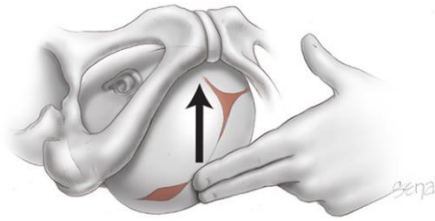


**Figura 5.** Situación transversa. Acromiodorsoposterior derecha. El hombro del feto está a la derecha de la madre y el dorso es posterior.



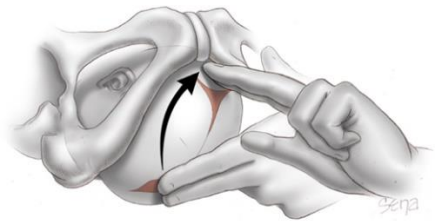
Fonte: F. Gray Cunningham, Manóvil J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Indu K. Dashe, Barbara L. Hoffman, Bruce M. Chang, James D. Gordillo, William D. Shitka, del [www.accessmedicine.com](http://www.accessmedicine.com). Derechos © Elsevier Health Education. Elsevier, Barcelona.

**Figura 6.** Maniobras de Leopold (A-D) que se llevan a cabo con un feto en situación longitudinal con variedad de posición occipital anterior izquierda.



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.accesmedicina.com  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

**Figura 7.** Localización de la sutura sagital por exploración vaginal.



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.accesmedicina.com  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

**Figura 8.** Diferenciación de las fontanelas por exploración vaginal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Artal-Mittelmark, R. (2021). *Manual MSD*. Obtenido de Trabajo de parto: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/authors/artal-raul>
- Báez, C. A. (2012). *Manual de maniobras y procedimientos en Obstetricia*. Mc Graw Hill.
- Becerra, J. B. (2016). *Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto. Enfermería basada en la evidencia (EBE)*. Bogota, Colombia.
- Cunningham, K. J. (2015). *Williams Obstetricia. Trabajo de parto anormal*. Mc Graw Hill.
- Cunningham, K. J. (2015). *Williams Obstetricia. Trabajo de parto normal*. Mc Graw Hill.
- Dueñas, B. (2015). *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. Mc Graw Hill.
- Grilloni, M. M., Uyuni, N., García Pérez, D. A., Papa, F. A., Bobadilla, S. A., & Mora, A. J. (s.f.). *Biblioteca virtual*. Obtenido de Utilidad y aplicación del ecodoppler en el embarazo de alto riesgo : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021165#:~:text=En%20embarazos%20de%20alto%20riesgo,y%20monitor%20de%20las%20mismas>.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (2019). *VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO*.
- MANUAL MSD. (2022). *TRABAJO DE PARTO*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>
- Moldenhauer, J. S. (Enero de 2020). *Distocia Fetal*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal>
- Moldenhauer, J. S. (Enero de 2020). *Trabajo de parto prolongado*. Obtenido de Manual MSD para profesionales de la salud : <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto->

