

9^è

CONGRÉS CATALÀ
d'Obstetrícia i Ginecologia

9, 10 i 11 de novembre, 2016
Auditori AXA, Barcelona



Taller 3: PART DE NATGES

MANIOBRES

Dra Anna Suy Franch

H Vall d'Hebron

PART DE NATGES A TERME

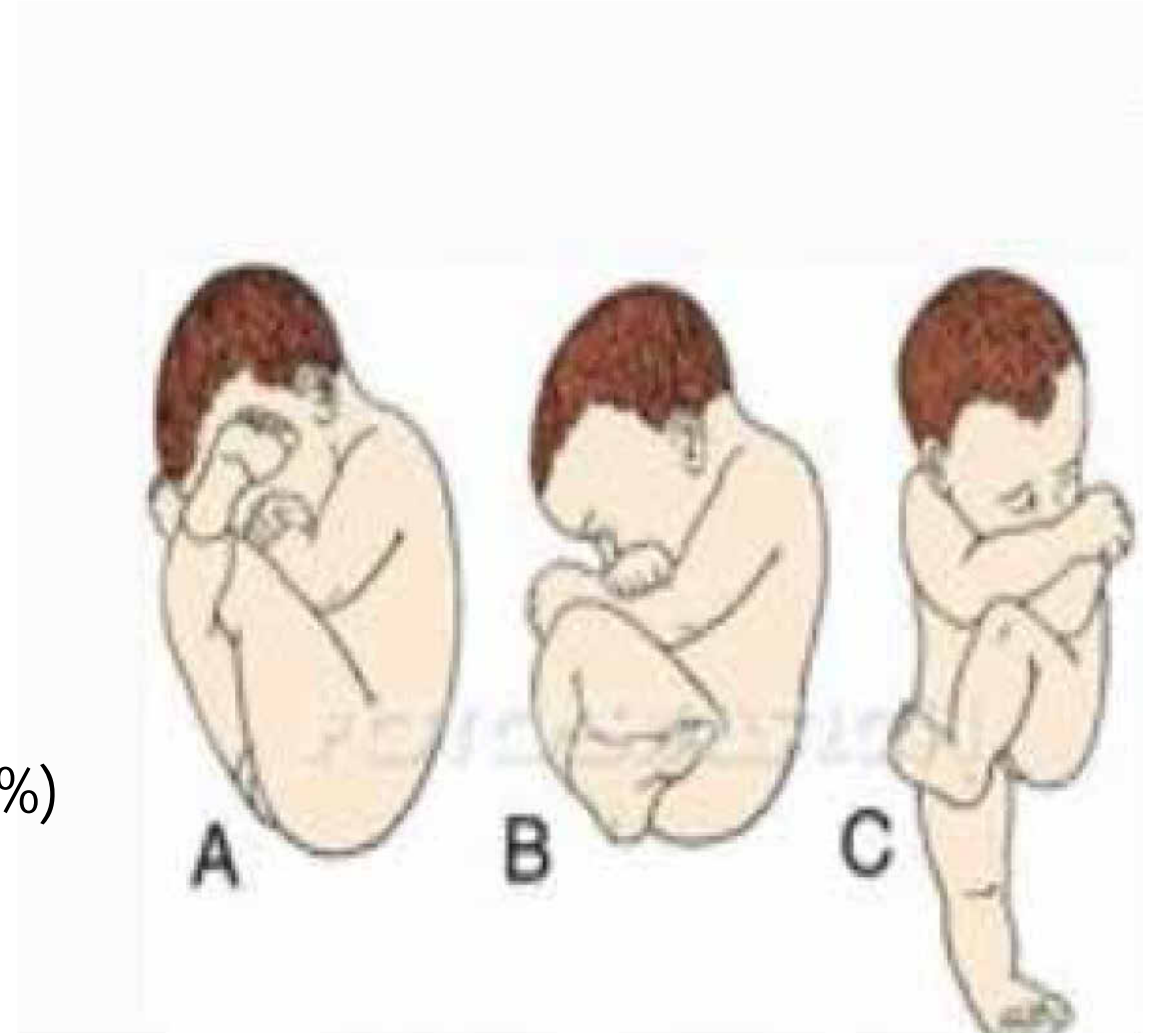
INCIDÈNCIA: 3%

VARIETAT:

Natges pures (65-70%)

Natges complertes (5%)

Natges incomplertes (25-35%)



PART DE NATGES A TERME

DIAGNÒSTIC

M. Leopold

ECOGRAFÍA

Diagnòstic
Varietat
Actitut cap fetal
Pes estimat



Vía del part



PART DE NATGES A TERME



1.- SELECCIÓ ADEQUADA

Pes fetal estimat

Varietat natges

Actitut del cap

NO altra contraindicació

PART DE NATGES A TERME



2.-NECESSARI

RCTG continu

possibilitat cesària urgent

dos obstetres

analgèsia adequada

assistència pediàtrica

PART DE NATGES A TERME



3.- CONTROL INTRAPART ADEQUAT

progressió primera fase del part

estimulació oxitòtica adequada

control temps expulsiu

episiotomia +/-

tècnica adequada AMPN

1.- SELECCIÓ ADEQUADA

ACTITUT CAP FETAL

Flexionada



Indiferent



Deflexionada



Risc 70% lesió medular fetal

3.- CONTROL INTRAPART ADEQUAT

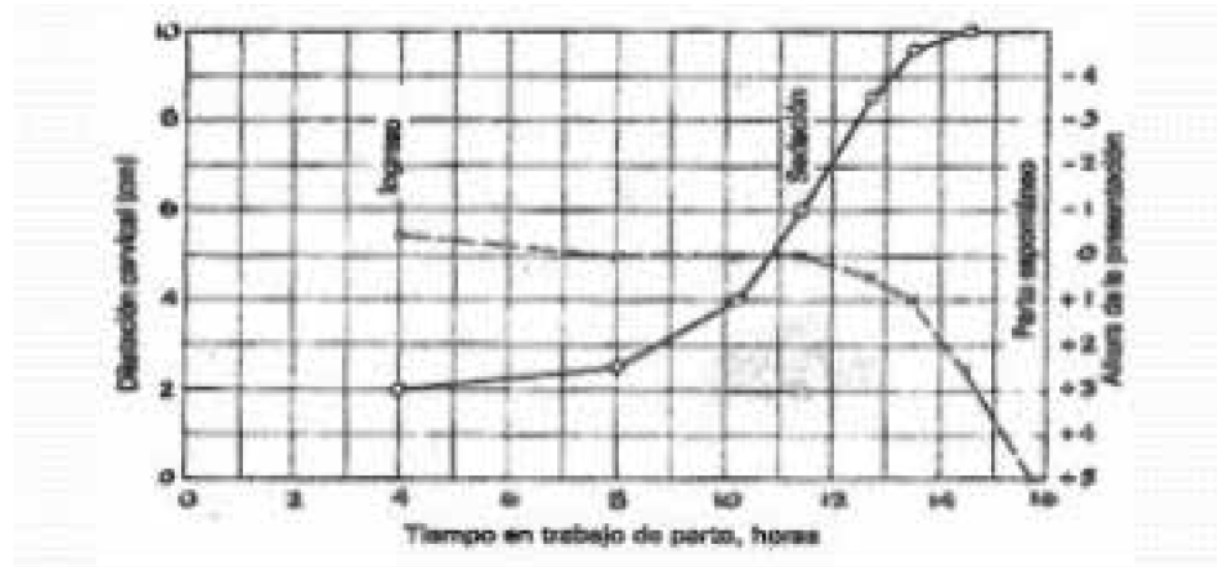
DILATACIÓ

0,5 cm/hora DU adequada

>5cm - complerta <7 hores

Complerta: fase pasiva 90 min

fase activa 60 min



3.- CONTROL INTRAPART ADEQUAT

Taula alçada adequada

Evitar flexió exagerada EEl mare

Part espontani fins escàpula (fins melic)

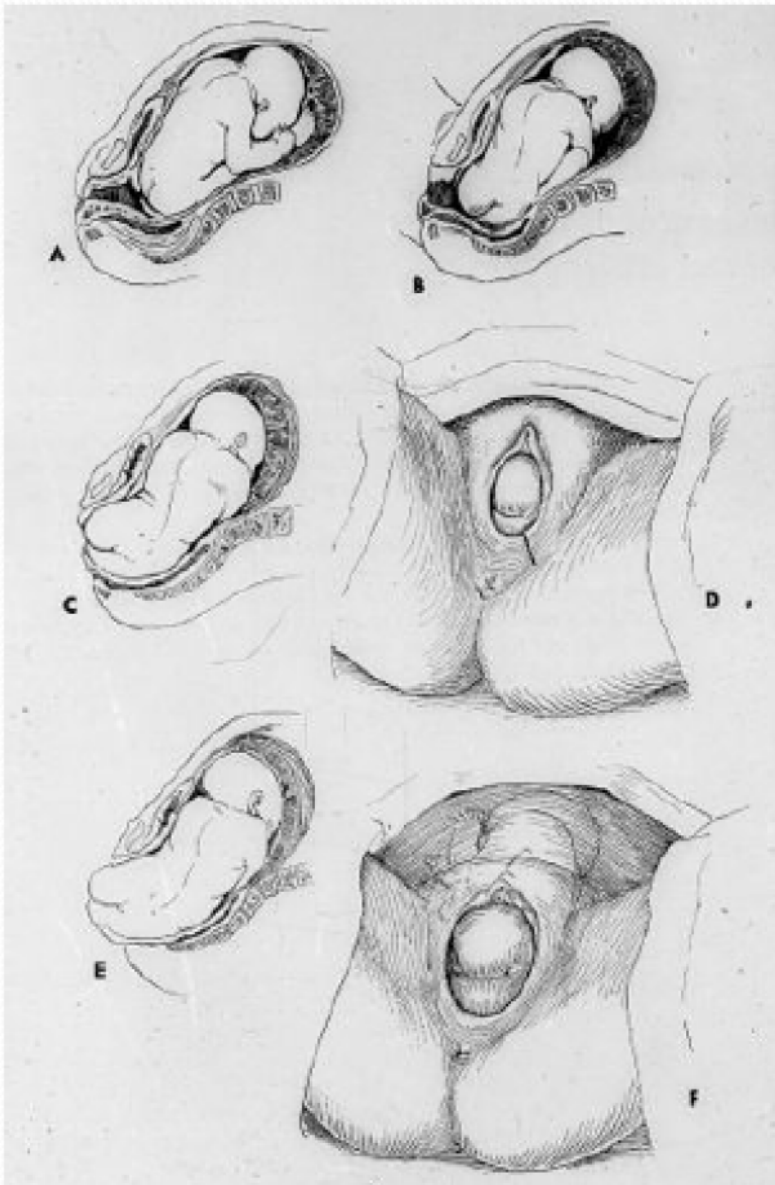
Agafar talla o gasa (evitar estímulo excessiu del fetus)

Tracció vertical i rotació suau (evitar braç nuca)

Rojas: evitar distòcia cap últim

Evitar pressió sobre abdomen fetal

MECANISME PART DE NATGES



Encaixament: natges entren a la pelvis en obliqua (SIIA)

Descens i rotació interna: diàmetre bitrocanteri en AP

Flexió i desprendiment: fa flexió lat i allibera natja ant i després la post

Rotació externa: per encaixar les espatlles

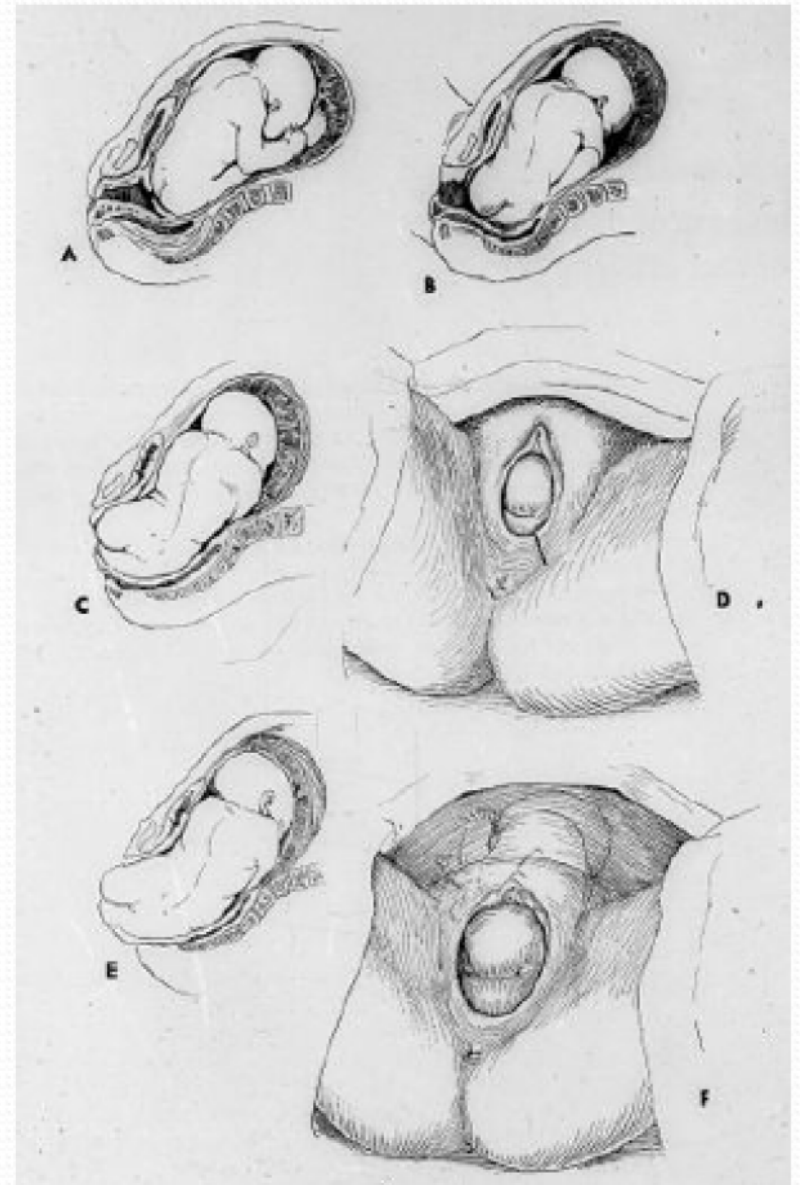
MECANISME PART DE NATGES

ESPATLLES

Encaixament: amb el dors fetal cap amunt, les espatlles atravessen l'ES en el diàmetre transvers. Es veu el vèrtex inferior de l'escàpula

Descens i rotació interna: el dors gira 90° per tal que diàmetre bisacromial ocupi el el AP

AMPN



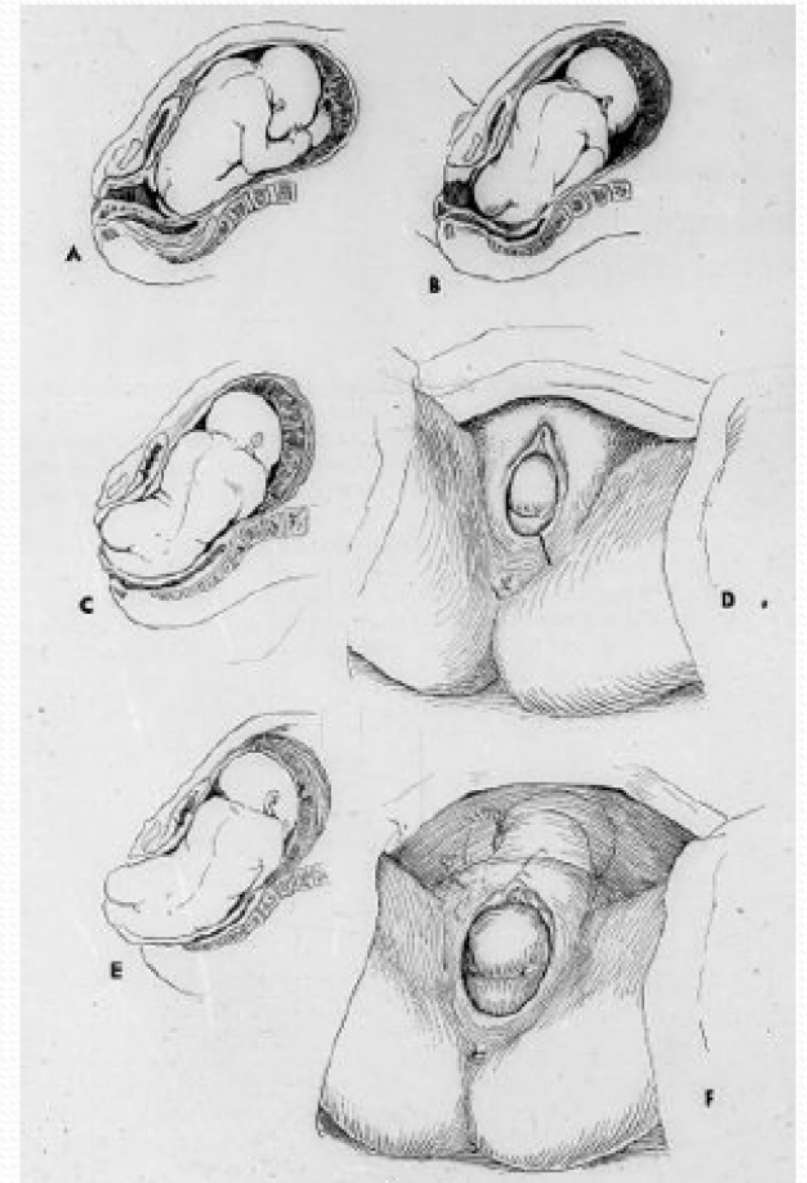
MECANISME PART DE NATGES

CAP

Encaixament: al sortir les espatlles, el cap s'encaixa amb la sutura sagital en el diàmetre transvers del ES

Descens i rotació interna: gira 90° per situar la nuca sota la sínfisis (coincideix amb la sortida de les espatlles)

Maniobres CAP



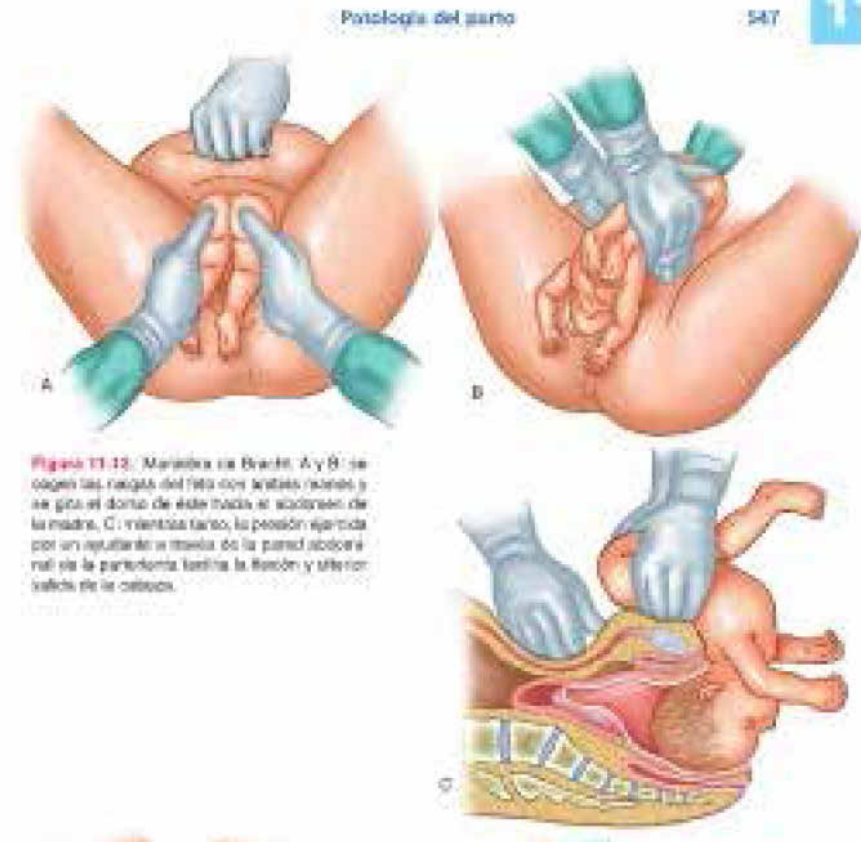
AMPN

Maniobres destinades a afavorir la sortida espatlles i cap fetus

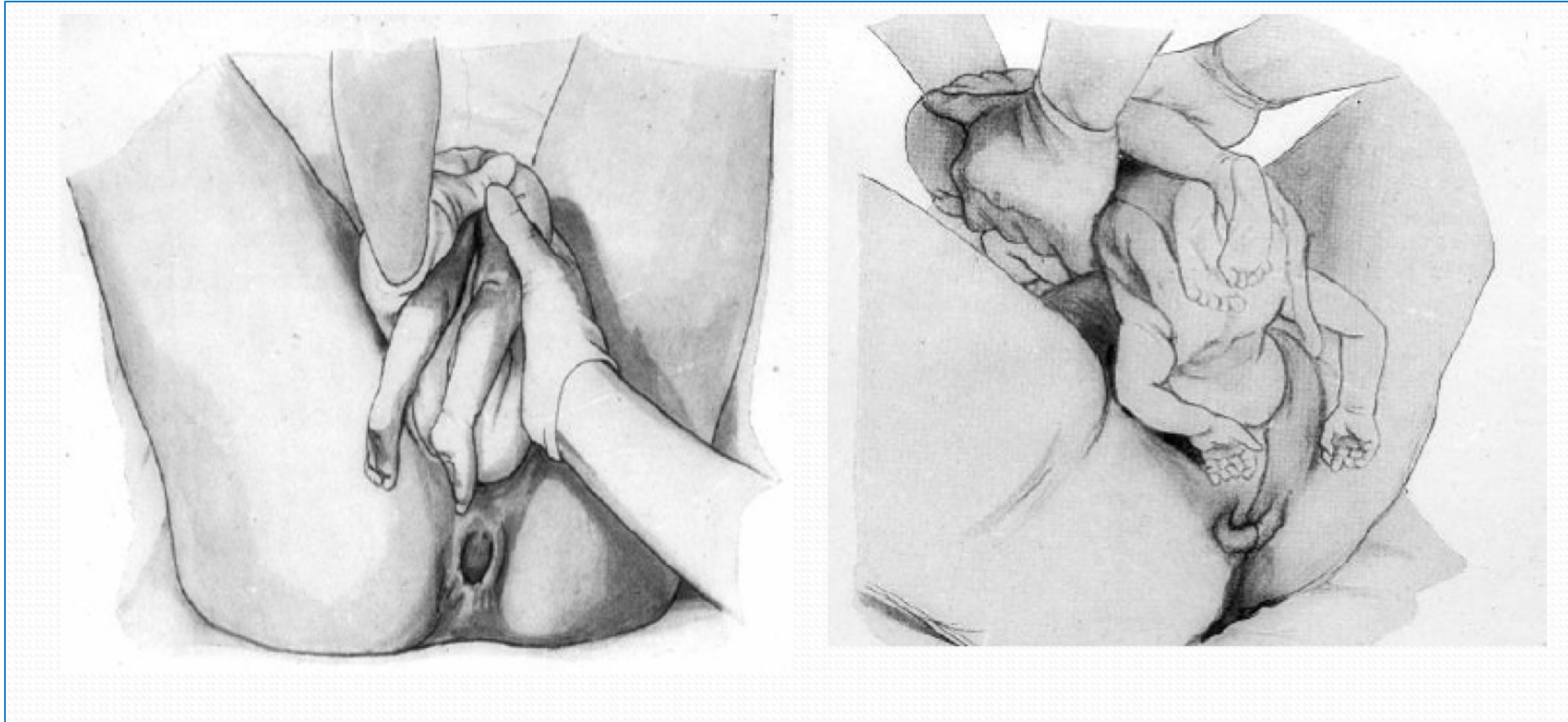
Bracht: espatlles, braços i cap

Rojas: espatlles

Moriceau: cap



Bracht: espatlles, braços i cap



AMPN

Maniobres destinades a afavorir la sortida espa

Bracht: espatlles, braços i cap

Rojas: espatlles

Moriceau: cap

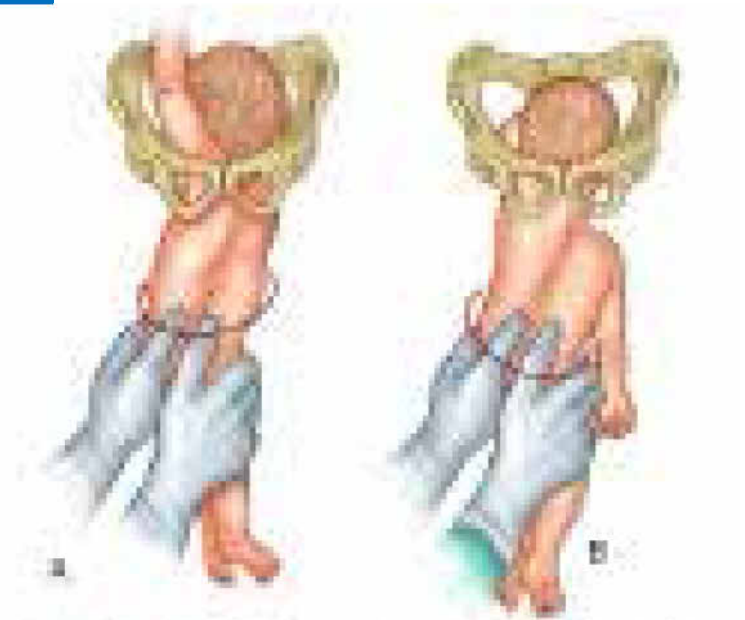


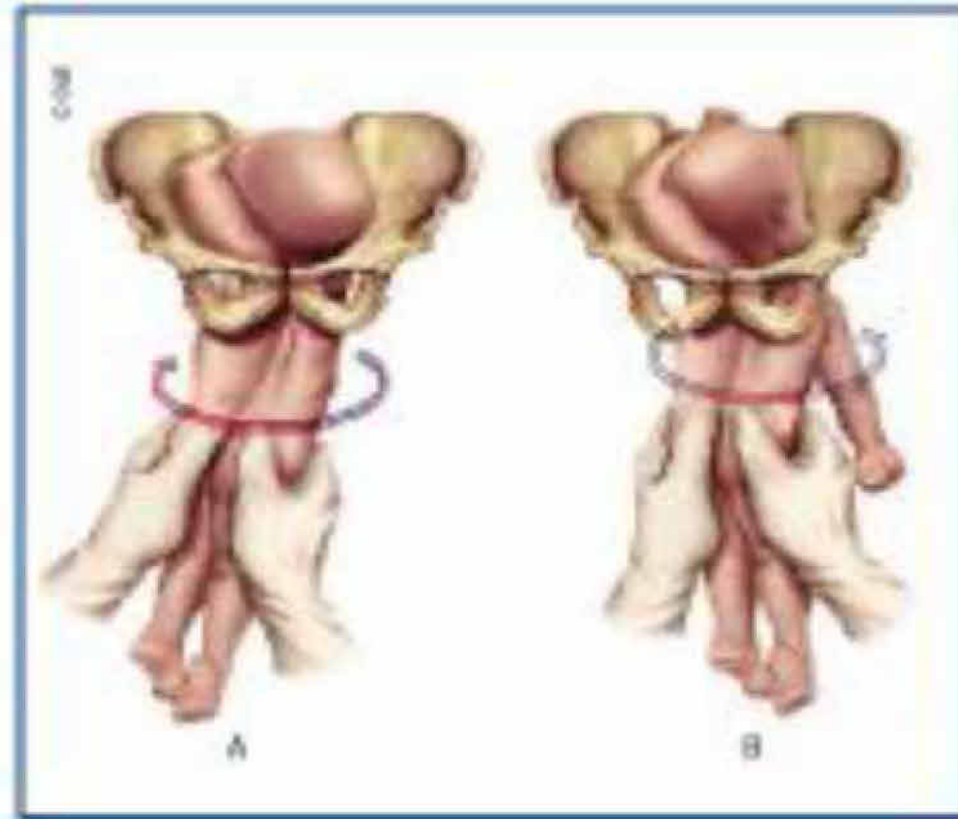
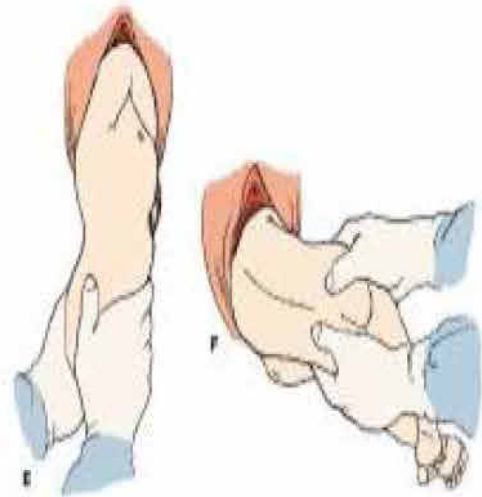
Figura 11-14. Maniobra de Rojas-Löwen. Se hace una inclinación (BY) al sacro para unirse al feto.



Figura 11-15. Maniobra de Moriceau. Se coloca el feto cabalgando sobre el antecodo del estero, que introduce los dedos índice y medio en la base del feto. La elevación del tronco fetal hacia el abdomen materno facilita el desplazamiento de la cabeza.

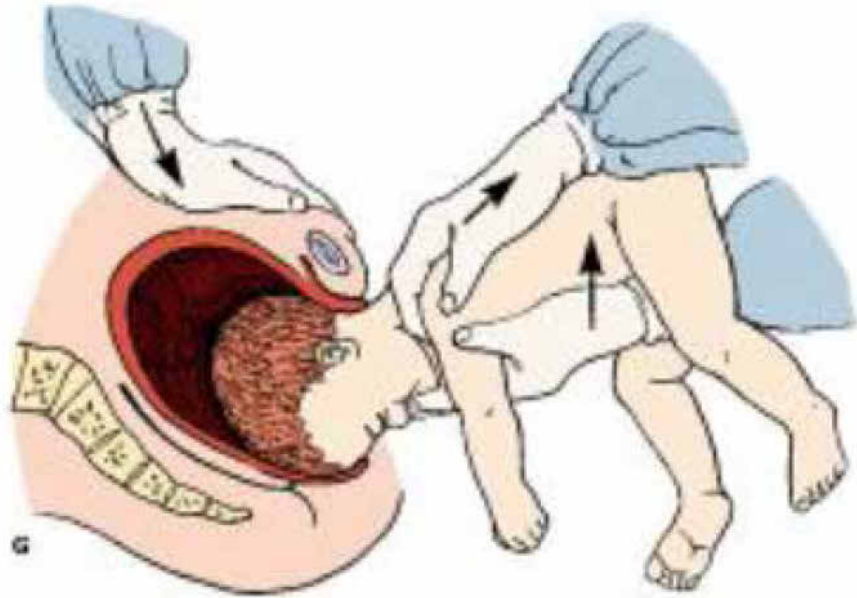
Rojas: espatlles

Maniobra de Rojas



Moriceau: cap

Maniobra de Mauriceau



Ma entre les cames: dits índex i mig a la boca

Ma sobre espatlles

Pressió suprapúbica

Moviments sincrònics i suaus

MANIOBRES EXTRACCIÓ ESPATLLES

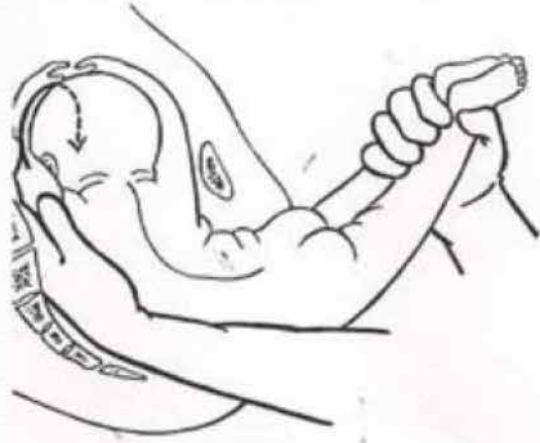
1.- PREVENCIO: AMPN

2.- rotació tronc 180°

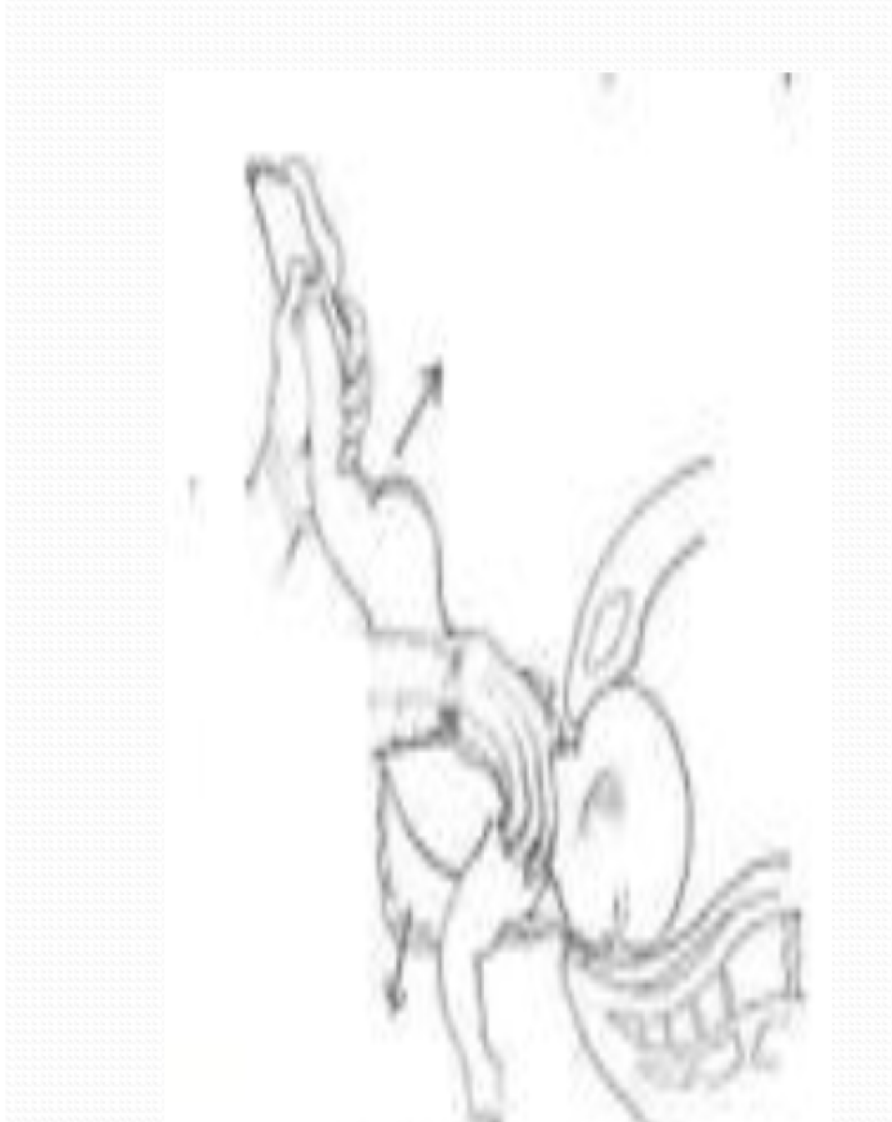
3.- comprobar subluxació cap humeral: pressió per permetre descens braç

4.- MANIOBRA PAJOT (braços darrera nuca)

Maniobra de Pajot



MANIOBRES EXTRACCIÓ CAP ÚLTIM



Maniobra de Praga

Ma a la nuca

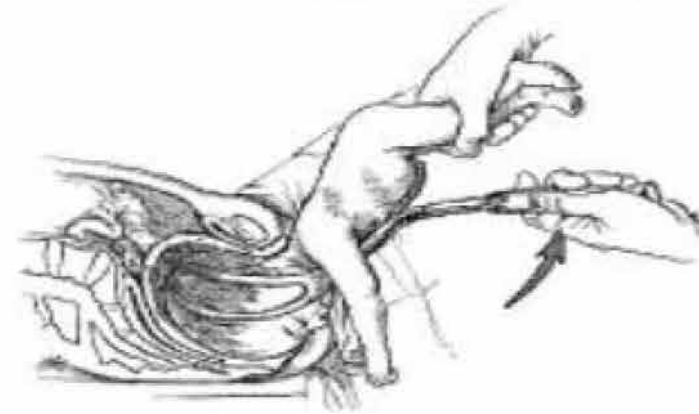
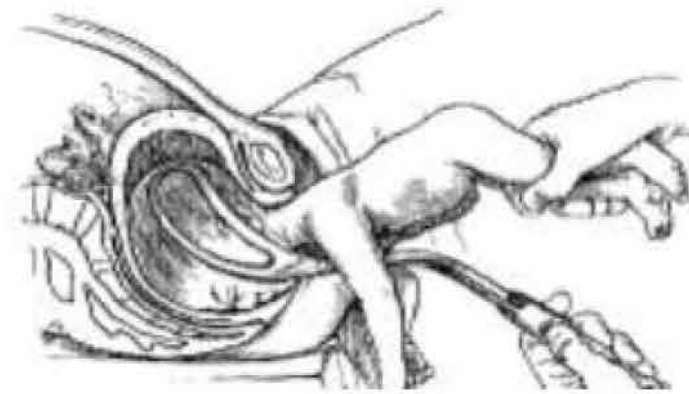
Ma als peus

Tracció i quan suboccipito es situa a sinfisis, s'aixeca cos fetus cap al ventre matern

Possibilitat hiperextensió de columna cervical si elevació excessiva

MANIOBRES EXTRACCIÓ CAP ÚLTIM

Fórceps de Piper



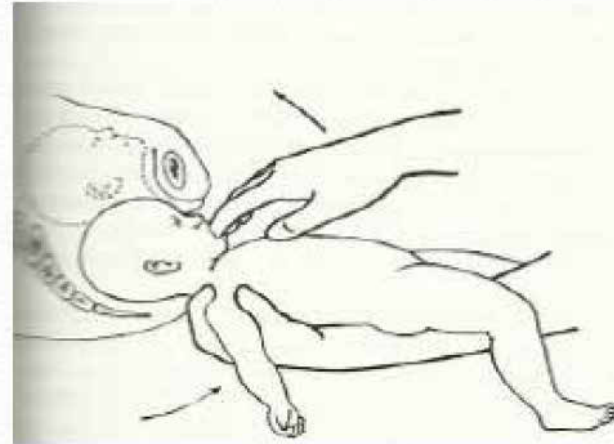


MANIOBRES EXTRACCIÓ CAP ÚLTIM

Flexió, tracció i rotació a mentoanterior

Maniobra de Moriceau invertida:
tracció boca cap baix i i elevació arc per tracció sobre espatlles

Maniobra de Praga invertida: ma a espatlles i ma a peus tracció i elevació peus possant panxa fetus sobre panxa mare



EPISIOTOMIA: sí però indivisualitzat

Nansa de cordó: no es indispensable

No molt important quina espatlla surt primer . Si complicat primer espatlla posterior.

Anestesia, no evita els esponderaments i facilita la col.laboració





