



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MANUAL PRACTICO DE OBSTETRICIA

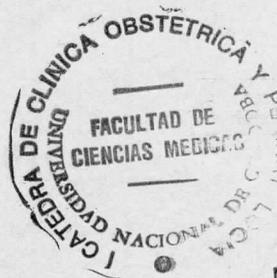
1^a CATEDRA DE OBSTETRICIA Y
PERINATOLOGIA

Prof. Titular Dr Manuel Jofre

MATERNIDAD NACIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

-2010-




Dr. MANUEL ENRIQUE JOFRE
PROFESOR TITULAR

1^a Cátedra Clínica Obstetricia y Perinatología
Hosp. Universitario Mat. y Neonatología



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



AUTORES DEL MANUAL

**Docentes de la 1ª Catedra de Obstetricia y Perinatología de la
Maternidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias
Medicas. Universidad Nacional de Córdoba**

**Prof. Dr Manuel Jofre
Pof. Dr Esteban Jauregui
Prof. Dr Hector D. Lucchini
Dr Raul Maglione
Dr Jorge Bustamante**

Se agradece la colaboración grafica de :

**Anatomia Humana – Latarjet-Ruiz Liard
Clinica Obstetrica – Uranga Imaz**

Año 2010



**Dr. MANUEL ENRIQUE JOFRE
PROFESOR TITULAR
1ª Cátedra Clínica Obstetricia y Perinatología
Hospital Universitario Mat. Y Neonatología**

INDICE

	Pag
CAPITULO 1 Pelvis Osea	4
CAPITULO 2..... Anatomia Practica Aplicada para Sala de Partos	11
CAPITULO 3.....Perineo Femenino	15
CAPITULO 4.....Estatica Fetal Nomenclatura	18
CAPITULO 5.....Diagnostico de Embarazo	29
CAPITULO 6.....Parto Presentación Cefalica	34
CAPITULO 7.....Parto Presentación Podalica	50
CAPITULO 8.....Alumbramiento Normal	58 -
CAPITULO 9.....Puerperio Normal	64 -
CAPITULO 10.....Lactancia	69

CAPITULO 8

ALUMBRAMIENTO NORMAL

Después de los tres periodos clínicos del parto, borramiento, dilatación y expulsivo, viene el cuarto y ultimo periodo que es el alumbramiento, comprende la expulsión de la placenta y de las membranas ovulares por los genitales que lleva un tiempo normal de treinta (30') minutos, considerándose después de este tiempo como placenta retenida.

El alumbramiento normal es un proceso fisiológico que consta de tres periodos:

1. *Periodo de Desprendimiento.*
2. *Periodo de Descenso.*
3. *Periodo de Expulsión.*

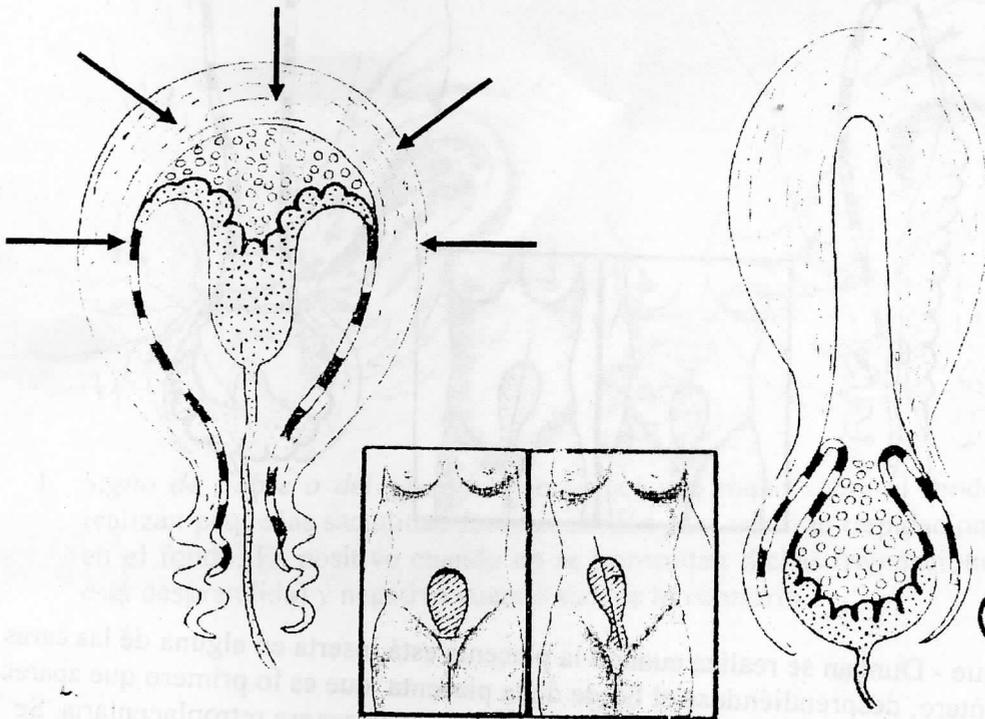
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

Una vez que se completa la expulsión del feto comienza el desprendimiento placentario, el útero continua con actividad contráctil, aunque dichas contracciones no son percibidas por la madre, es decir son indoloras.

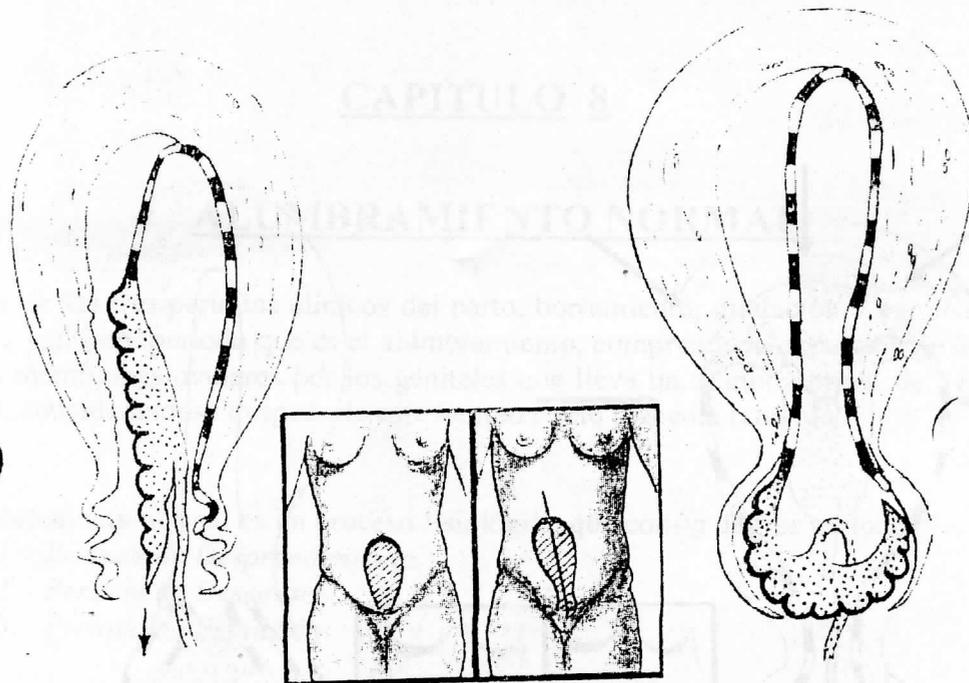
Dichas contracciones al disminuir el volumen uterino, producen una disparidad continente – contenido, reduciendo la superficie de implantación y comienza a producirse un coágulo retroplacentario por la rotura de los vasos a nivel de la capa compacta de la decidua materna con la esponjosa, formándose así un plano de cibaje que ayuda a la separación.

Este mecanismo puede producirse de dos maneras:

1. Baudelocque-Schultz
2. Baudelocque-Duncan.



El Baudelocque-Schultz se presenta en placentas de inserción alta o fúndica y el hematoma retroplacentario es central ocasionando la inversión de la placenta como un paraguas invertido, donde lo primero que sale por los genitales externos es la parte central de la cara fetal de la placenta y luego la pérdida hemática que corresponde al coágulo retroplacentario con las membranas. Es el más frecuente, 80% de los casos. Ya que la inserción placentaria fúndica es la más frecuente.



El Baudelocque - Duncan se realiza cuando la placenta está inserta en alguna de las caras laterales del útero, desprendiéndose el borde de la placenta que es lo primero que aparece por los genitales externos conjuntamente con la pérdida de la sangre retroplacentaria. Se presenta con una frecuencia de 20% de los casos.

DESCENSO PLACENTARIO Y DESPRENDIMIENTO DE LAS MEMBRANAS

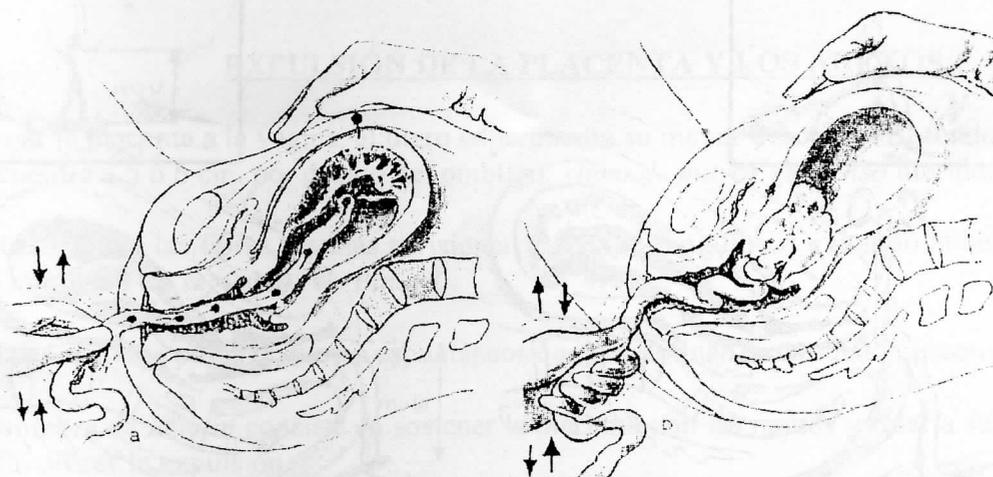
Una vez desprendida la placenta desciende por el canal del parto ayudada por las contracciones y al mismo tiempo se van desprendiendo las membranas.

Existen signos que demuestran el desprendimiento placentario, éstos son:

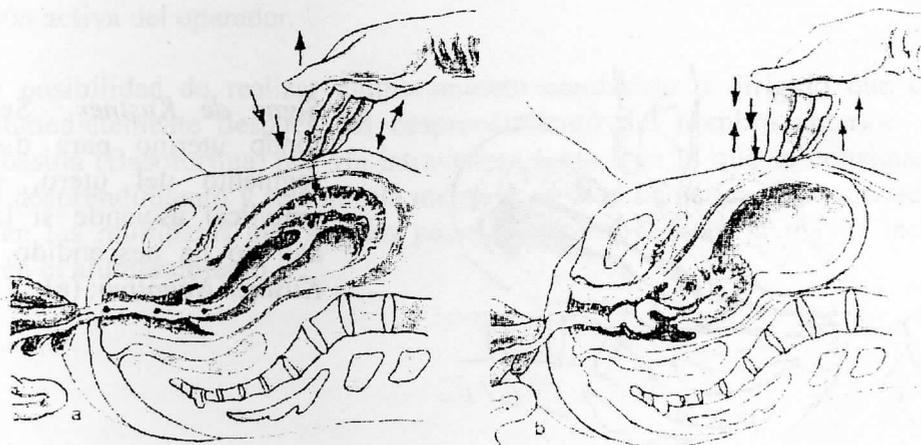
Signo de Schroeder: el útero asciende por encima del ombligo y se lateraliza a la derecha.

1. *Signo de la Perdida Hemática:* se da en el mecanismo de Baudelocque -Duncan .
2. *Signo de la tensión del cordón:* consiste en tomar el cordón entre el pulgar y el índice, comprobando una disminución de la tensión del mismo al producirse el desprendimiento.

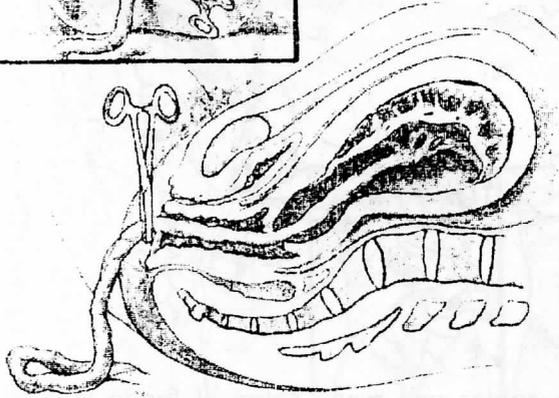
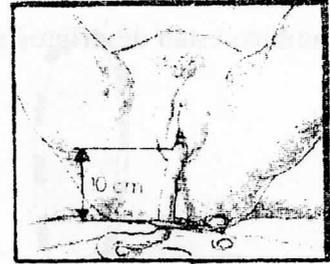
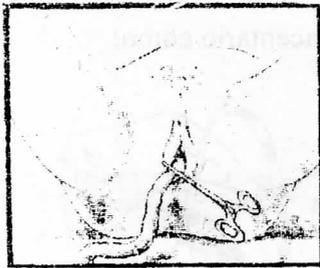
También están descriptos signos que comprueban el descenso placentario como:



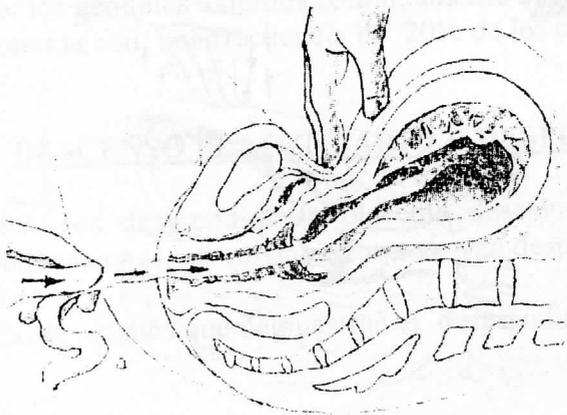
1. *Signo de Fabre o del pescador*: se coloca una mano sobre el fondo uterino y se realizan pequeñas sacudidas desde el cordón para ver si la trepidaciones se perciben en el fondo. Es positivo cuando no se transmiten dichas trepidaciones (la placenta está desprendida) y negativo cuando sucede lo contrario.



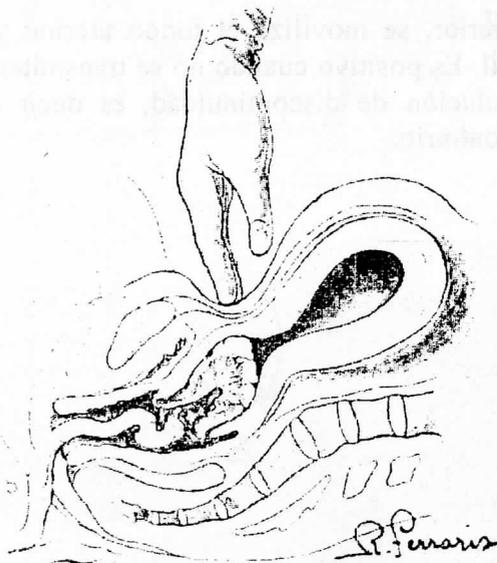
2. *Signo de Strassman*: es al revés del anterior, se moviliza el fondo uterino y se observa la transmisión al cordón umbilical. Es positivo cuando no se transmiten, la placenta el cordón y el útero tienen solución de continuidad, es decir está descendida y negativo cuando sucede lo contrario.



3. *Signo de la pinza o de Ahlfield*: se coloca una pinza de Kocher en el cordón umbilical a nivel de la vulva y se observa como se aleja del lugar primitivo al producirse el descenso.



4. *Signo de Kustner* Se eleva el fondo uterino para distender el segmento del útero, el cordón umbilical asciende si la placenta aún no ha descendido. *Signo de Kustner Negativo: (a)*



Si el cordón umbilical permanece inmóvil, indica que la placenta está desprendida: *Signo de Kustner Positivo: (b)*.

EXPULSIÓN DE LA PLACENTA Y LOS ANEXOS:

Al llegar la placenta a la vagina, el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se encuentra a 5 ó 6 cm. por debajo del ombligo: *signo de mayor descenso* uterino.

La retracción de las fibras uterinas aprisionan los vasos sanguíneos evitando la hemorragia: *signo del globo de seguridad de Pinard*.

Aparecen algunos pujos maternos espontáneos que determinan la expulsión placentaria.

La maniobra de *Dublín* consiste en sostener la placenta con las manos y rotarla sobre su eje para favorecer la expulsión.

Una vez retirada placenta y membranas se debe proceder al examen cuidadoso de las mismas para corroborar su integridad y estar seguro de no dejar restos placentarios en la cavidad del útero, lo que traería a posteriores infecciones o hemorragias.

La pérdida hemática en el alumbramiento no debe exceder de 500cc, lo que condiciona la intervención activa del operador.

Existe La posibilidad de realizar alumbramiento conducido o dirigido que consiste en inyectar inmediatamente después del desprendimiento del hombro anterior 0,2mg de Metilergobasina (Basofortina) por vía intravenosa lenta, con lo que se consigue acortar el tiempo de desprendimiento y se controla mejor la pérdida hemática. Este procedimiento es utilizado en las multíparas que son las pacientes que presentan la mayor incidencia de patología en el alumbramiento.