

TEMA O-10: CONDUCCIÓN CLÍNICA DEL PARTO EUTÓCICO. ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICAS.

INTRODUCCIÓN:

Entendemos por parto a la serie de procesos concatenados que conducen a la expulsión del contenido uterino, o sea, el producto de concepción (feto y anexos ovulares).

Es un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, no requiere de la adopción de medidas especiales.

No obstante, hoy día y de forma habitual, el parto se realiza bajo una dirección médica, con el fin de:

Detectar precozmente los problemas que puedan surgir en madre y feto, adoptando las medidas adecuadas.

Favorecer y eventualmente acelerar el proceso fisiológico, evitando el desgaste materno y fetal.

Mitigar o evitar dolor y molestias mediante la aplicación de técnicas analgésicas o anestésicas a la madre.

La dirección médica del parto es lo que llamamos *parto dirigido*. Pese a ser una situación continua y evolutiva, el parto se divide en una serie de fases o períodos con características y requerimientos asistenciales especiales, que variarán según el momento en que nos encontremos.

ASISTENCIA AL PERÍODO DE LATENCIA:

Puede compararse con el período prodrómico. En él se inicia la dinámica uterina y se modifican las partes blandas hasta alcanzar las condiciones que definen el inicio del parto.

En las primíparas dura por término medio unas 8 horas y media, pudiendo alargarse hasta unas 20 horas ó más.

En las múltiparas dura alrededor de 5 horas.

Diagnóstico del parto: El parto se manifiesta a través de unos signos y síntomas:

Dinámica uterina (Dolor): El primer síntoma que suelen aquejar las pacientes de parto suele ser la aparición de contracciones como molestias o dolores (aunque la palabra "dolor" debe evitarse en el trato con la gestante y parturienta).

En el parto se inician las contracciones de manera irregular en su intensidad, duración e intervalo de aparición: Si la paciente se acuesta en decúbito lateral y se administra un espasmolítico desaparece toda dinámica parásita, persistiendo las auténticas contracciones de parto, que poco a poco se van regularizando.

Al inicio del parto se tienen ya alrededor de 2-3 contracciones/10 minutos, que poco a poco aumentan hasta las 3-5 contracciones/10 minutos durante el mismo.

Cambios cervicales:

a) **Borramiento** (-afinamiento): Hace referencia al acortamiento la porción vaginal del cuello uterino, hasta la desaparición del mismo, de tal suerte que, con el borramiento completo, el cuello queda convertido en un simple orificio central de bordes finos (en "papel de fumar").

Se expresa como cuello formado, semiborrado o borrado, o expresando el porcentaje de la longitud existente (p.ej. cuello 40% borrado).

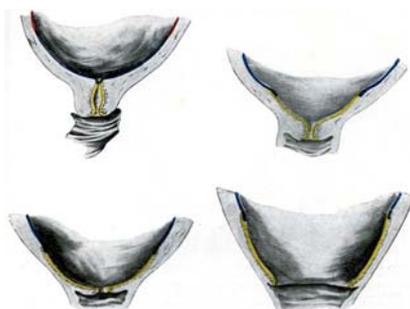
Cabe diferenciar el borramiento del afinamiento, que es la pérdida de grosor cervical, entendiéndose como tal la longitud completa del canal cervical: Un cuello puede estar borrado, pero grueso (no afinado).



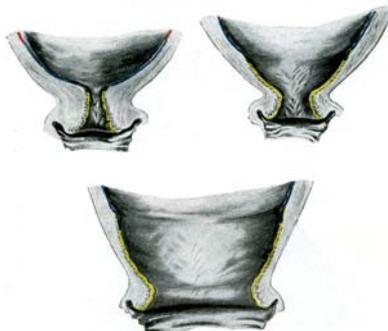
Cuello borrado y fino de la primípara Cuello borrado pero grueso de la múltipara

Estos fenómenos son diferentes en primíparas y múltiparas:

En primíparas borran y afinan el cuello simultáneamente antes de dilatar:



En múltiparas el cuello borra, afina y dilata simultáneamente:



b) **Dilatación:** El orificio cervical interno inicialmente mide unos pocos milímetros en los que no cabe un dedo. Con la dinámica se inicia su dilatación que se expresará por los dedos que caben en el mismo sin forzarlo: Punta de dedo, dedo justo, dedo holgado, dos dedos, y luego por centímetros hasta la dilatación completa (10-12 cm), en que no se palpa cuello alrededor de la presentación.

c) **Centralización:** Al inicio del parto el cuello se encuentra en posición posterior respecto al eje de la vagina, centralizándose a medida que evoluciona el parto.

d) **Maduración:** Con el desarrollo del parto cambia la consistencia del cuello uterino, que se va reblandeciendo. Se valora la consistencia por los grados de Calkins:

- IV: Como el cartílago de la oreja.
- III: Como el cartílago del ala de la nariz.
- II: Como el labio.
- I: Como el higo maduro.

Encajamiento y descenso de la presentación: De acuerdo con los planos de Hodge, tiene lugar en varios períodos del parto, con frecuencia incluso tras este período

que estamos tratando.

Otros síntomas:

a) **Expulsión del tapón mucoso:** Al inicio del acortamiento y dilatación del cuello uterino se expulsa su tapón mucoso, como una mucosidad más o menos sanguinolenta. Es un signo prodrómico que no indica que se haya iniciado el parto, que aún puede tardar algunos días.

b) **Amniorrexis:** Rotura de la bolsa de las aguas, espontánea o artificial. No indica necesariamente que se haya iniciado el parto.

Cabe valorar el aspecto del líquido amniótico, que debe ser claro y transparente, debiendo sospecharse sufrimiento fetal ante aguas meconiales.

c) **Reducción de movimientos fetales.**

d) **Reducción de altura del fondo uterino.**

En función de lo anteriormente expuesto y según Calkins, se dice que una mujer está de parto cuando presenta una buena dinámica espontánea (2-5 contracciones en 10 minutos) y el cuello uterino tiene una dilatación mínima de 3 cm, independientemente de la integridad o no de la bolsa de las aguas. A esta definición cabe añadir que en la primípara el cuello debe estar borrado.

Posibilidades clínicas de terminación de la gestación:

Parto espontáneo: Como su nombre indica, lo inicia espontáneamente la paciente.

Parto inducido o inducción: Aquél que provocamos (amniorrexis + perfusión de oxitocina) desde un principio: Paciente sin dinámica y sin modificaciones del cuello uterino. Es lo mismo que decir parto provocado. Puede favorecerse inicialmente la maduración cervical con PGE₂ intravaginal o intracervical con bolsa íntegra, en cuyo caso no se asociará la perfusión de oxitocina hasta que haya pasado un mínimo de 6 horas, para evitar una tetania uterina.

Parto estimulado o estimulación: Aceleración del inicio del parto (amniorrexis + perfusión de oxitocina) durante el período prodrómico o de latencia, en el que o bien existe dinámica uterina o unas condiciones del cuello uterino muy favorables.

Cesárea electiva: Ante determinadas circunstancias de la paciente se decide evitar la progresión del parto y se decide la terminación del embarazo directamente por vía abdominal.

Criterios de ingreso:

Inicio de aparición de la dinámica uterina: Contracciones regulares ± dolorosas.

Rotura espontánea de la bolsa de las aguas.

Expulsión del tapón mucoso o síntomas hemorrágicos.

Reducción de los movimientos fetales.

Indicación médica.

Sistemática asistencial:

Anamnesis materna, entresacando factores de interés obstétrico y de riesgo: Paridad, grupo sanguíneo y Rh, edad gestacional, síntomas al ingreso, patología asociada, etc.

Biometría materna: Talla, peso, estado general, fondo de útero y perímetro abdominal.

Constantes maternas: Tensión arterial, temperatura, pulso.

Evaluación de las condiciones obstétricas por tacto vaginal, lo más aséptico posible (con guantes estériles si la bolsa está rota). En algunos centros se realiza el control por tacto rectal, para evitar la contaminación de la vagina.

Control de la dinámica uterina (frecuencia, intensidad, duración), con eventual monitorización.

Controles periódicos maternos: Controles de las constantes y estado general.

Controles periódicos fetales: La mayoría de las pérdidas fetales se producen en este período, en que ya existe dinámica uterina y por tanto agresión fetal, no estando controlado de forma continua el feto en este tiempo:

- Auscultación.
- Amnioscopia.
- Cardiotocografía.

La *actitud* a adoptar será:

Expectativa, con la paciente acostada en decúbito lateral.

Administración de analgésicos/espasmolíticos.

Efectuar controles periódicos maternos y fetales hasta iniciarse el parto.

Controlar patologías y complicaciones asociadas.

Suministrar un enema de limpieza al comenzar el período de dilatación.

Su prolongación excesiva, o parto insidioso, sería una de las principales indicaciones de intervención médica estimulando el parto.

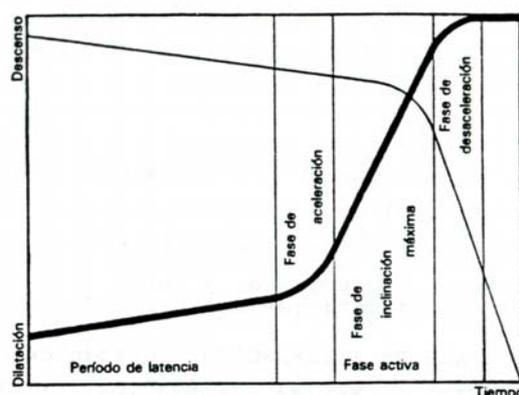
ASISTENCIA AL PRIMER PERIODO DEL PARTO:

O período de dilatación. En él se produce la *dilatación cervical* entre 3 cm y la dilatación completa.

En las primíparas, dejadas evolucionar espontáneamente dura alrededor de 6 horas, no debiendo superar las 12 horas.

En las multíparas dura alrededor de 3 horas.

Tiene las siguientes fases evolutivas (Curvas de Friedmann):



Aceleración: Entre 3-4 cm de dilatación.

Máxima aceleración: Entre 4-8 cm (1 cm/hora en primípara y 2 cm/hora en multíparas).

Deceleración: Entre 8 cm y dilatación completa (aprox. 10 cm).

La dirección médica o parto asistido en la actualidad altera la evolución de estos períodos acortándolos, respecto a los registros de Friedmann para partos dejados evolucionar espontáneamente, por la estimulación de la dinámica uterina con goteo de oxitócicos y otra intervenciones (p.ej. analgesia y relajación, amniorrexis artificial si la bolsa estaba íntegra, etc.).

En esta fase se produce también el *descenso de la presentación*, que es más marcado en el siguiente período.

Sistemática asistencial:

Ingreso en sala de dilatación:

Previamente a la paciente, preferentemente en *ayunas*, se le coloca un *enema* para vaciar el contenido intestinal y evitar la contaminación fecal en el expulsivo.

Practicar *venoclisis*: Ante cualquier complicación debe existir una vena canalizada antes de que la paciente pudiera entrar en shock y dificultarlo extraordinariamente en estas circunstancias. Se prefunden soluciones de electrolitos y energéticas (suero fisiológico, Ringer lactato, glucosa, dextrosa, etc).

Lavado y rasurado del periné, finalizando en la zona perianal, por ser la más contaminada. Pintado del periné con solución antiséptica. Puede diferirse al expulsivo.

Eventual *amniorrexia*, si la bolsa está íntegra:

Se observa el color de la aguas.

Se acelera el parto.

Colocación de la paciente en *decúbito lateral*.

Controles periódicos (Cada 30-60 minutos en principio): Los datos son recogidos en un esquema general de los mismos que se conoce como *partograma*.

Constantes maternas: Pulso, tensión arterial, temperatura.

FCF: Auscultación a intervalos o con cardiotocografía (externa o interna), incluso con pulsioximetría (medición transcutánea constante de la pO₂ fetal).

Condiciones de parto:

Dinámica uterina: Control manual o por cardiotocografía.

Condiciones del canal del parto (cuello uterino) por tacto vaginal:

Ya comentadas en el control del parto.

Descenso de la presentación por tacto vaginal: De acuerdo con los planos de Hodge se va estableciendo clínicamente en cada momento la relación entre la presentación y los diversos niveles del canal del parto:

I plano: El diámetro máximo de la presentación se sitúa a nivel del borde superior del pubis.

II plano: A nivel del borde inferior del pubis.

III plano: A nivel de las espinas ciáticas.

IV plano: A nivel coccígeo: La cabeza (presentación de vértice) empieza a coronar.

Eventual *sondaje vesical*, si la micción de la parturienta se ve dificultada por la posición, estado de ánimo o descenso de la presentación.

Cabe guardar la normas más estrictas de asepsia en los reconocimientos con bolsa rota.

Monitorización del parto, si es posible con cardiotocografía.

Eventual *estimulación de la dinámica*, empleando oxitócicos: Pitocín[®], con cierta actividad antidiurética por su origen natural, es menos aconsejable en hipertensas o Syntocinon[®], sintético, con menor acción antidiurética:

Por perfusión gota a gota: Se perfunde disolviendo 5-10 UI de oxitocina

en 500 cc de suero glucosado o levulosado, ajustando la dosis de acuerdo con la dinámica que se obtenga.

Por perfusión controlada mediante bomba de inyección.

Uso de *analgésicos y/o sedantes*. Eventual *anestesia locorregional o radicular*.

Eventual *antibioterapia* con ampicilina, o eritromicina o fosfomicina en alérgicas a la penicilina, en pacientes portadoras del estreptococo tipo B o a las que no se ha efectuado el screening del mismo en el tercer trimestre.

ASISTENCIA AL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO:

O período expulsivo. En él se produce el descenso y la salida completa del feto, iniciándose con la dilatación completa.

En las primíparas dura hasta una hora.

En multíparas alrededor de 15 minutos, hasta un máximo de 30 minutos.

Entendemos como "coronación" el momento en que la presentación fetal alcanza el nivel del periné distendiéndolo.

Preparativos:

Colocación de la paciente en *posición de "pujar"*: Piernas flexionadas y mentón contra el pecho.

Valoración del *descenso de la presentación*. La paciente suele pasarse a la sala de expulsivo, si es diferente a la de dilatación, en dilatación completa y la presentación en III plano de Hodge.

Preparación de la paciente:

Se pasa a la silla de partos, con la paciente situada al borde de la misma (a veces las camas de dilatación son convertibles en potros de parto).

Lavado, rasurado (si no se ha hecho en dilatación) y antisepsia.

Colocación de paños estériles.

Eventual sondaje vesical.

Preparación del asistente:

Uso de gorro, calzos, mascarilla, bata y guantes estériles.

Lavado quirúrgico.

Sentado con una buena disponibilidad de todo lo que se necesita para la asistencia.

Buena iluminación.

Preparación de la mesa: Sobre un paño estéril se coloca, por lo menos:

Tijeras.

3 ó 4 clamps tipo Kocher o Péan.

Pinzas de disección anatómica y quirúrgica.

Material de sutura y portaagujas.

Material para practicar, si se necesita, anestesia local.

Sonda urinaria.

Gasas estériles.

Anestesia en el expulsivo:

Local: En horquilla vulvar y en abanico desde la misma, cubriendo toda el área en que se practicará la episiotomía.

Locorregional: Bloqueo de pudendos.

Radicular:

Epidural lumbar.

Bloqueo caudal (epidural sacra).

Raquianestesia (subaracnoidea). Bloqueo rápido en “silla de montar”.

General I.V.: Se usan anestésicos de inducción rápida y corta duración.

General inhalatoria: El riesgo de hipotonías uterinas y hepatotoxicidad desaconsejan actualmente su empleo.

Sistemática asistencial:

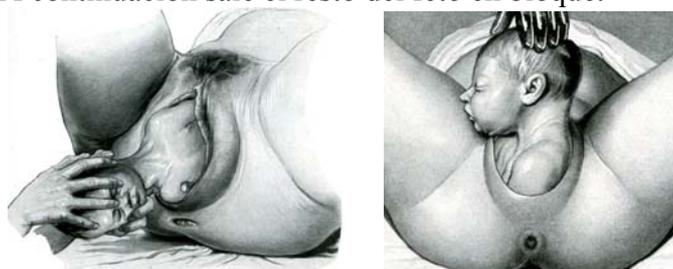
Protección del periné: Pretende acomodar la curvatura y distensión del periné a la presentación y la salida lenta y progresiva de la misma para evitar desgarros. El orificio anal debe taparse con una gasa para evitar la contaminación del periné y de las manos del asistente.



Salida de la cabeza fetal. Limpieza de las secreciones de boca y nariz. Se liberan o seccionan posibles circulares de cordón. Ayudar la rotación externa de la cabeza.



Extracción de los hombros, traccionando desde la cabeza del feto primero hacia abajo y luego hacia arriba y eventual **alumbramiento medicamentoso** ante la salida del hombro anterior. A continuación sale el resto del feto en bloque.



Clampaje y sección del cordón umbilical: Tras el clampaje distal, exprimir la sangre del cordón hacia el feto antes de clamarlo a nivel proximal y seccionarlo exangüe.

Asistencia al RN:

- Calentamiento y aspiración de secreciones.
- Reanimación. Test de Apgar.
- Profilaxis ocular.
- Profilaxis antihemorrágica.
- Somatometría.

Posibilidades de actuación médica:

Episiotomía: Incisión en el periné para facilitar la salida de la presentación.

Variedades:

- Lateral (derecha o izquierda). No es correcta.
- Mediolateral (derecha o izquierda). La más usada.
- Central. Si la distancia perineal lo permite.



EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL DERECHA EPISIOTOMÍA CENTRAL

Ventajas:

- Evita desgarros anfractuosos del periné.
- Evita una hiperdistensión de la musculatura perineal.
- Reduce las resistencias del suelo pélvico, favoreciendo el expulsivo.

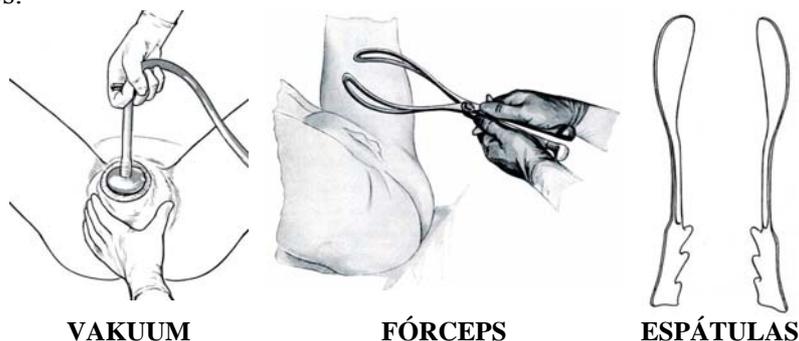
Maniobra de Kristeller: Un ayudante presiona durante los pujos el fondo uterino para ayudar a bajar la presentación.

Parto instrumentado: Métodos extractores, que siempre se colocarán por debajo del III plano de Hodge para acelerar o facilitar el expulsivo:

Ventosa o vakuum obstétrico: Campana metálica (o de silicona) fijada mediante vacío al cuero cabelludo fetal, con una placa unida a un mango por una cadena, que servirán de mecanismo de tracción. Es pues un elemento tractor aunque, a través de la flexión que produce esta tracción sobre la cabeza fetal, se constituye en rotador indirecto de la misma, al ajustarla a los diámetros pélvicos correspondientes. Su colocación requiere solo anestesia local y requiere un tiempo para hacer el vacío.

Fórceps: Que significa “pinzas” consiste en dos palas articuladas, que hacen presa sobre los aprietales del feto, permitiendo la tracción y rotación de la cabeza. Existen diversos tipos. Su colocación requiere anestesia, como mínimo locorreional, y es más agresiva para madre y feto. Por su inmediatez de aplicación se usa en casos de sufrimiento fetal agudo.

Espátulas de Thierry: Palas metálicas o de silicona, semejantes a las del fórceps, pero no articulada ni festoneadas. Son menos agresivas, pero con menor presa, que el fórceps.



ASISTENCIA AL TERCER PERIODO DEL PARTO:

O alumbramiento. Ocupa desde la salida del feto a la expulsión completa de placenta y membranas:

Formas clínicas:

Alumbramiento espontáneo: Sin intervención médica, salvo algunas maniobras externas. Cabe esperarlo entre unos 10 minutos hasta un tiempo máximo de 30 minutos.

Alumbramiento medicamentoso: Se administra metilergobasina (Methergin®) al salir el hombro anterior del feto. Cabe esperar la salida placentaria hasta 20 minutos. Favorece el miotaponamiento y acelera el trombotaponamiento.

Sistemática asistencial:

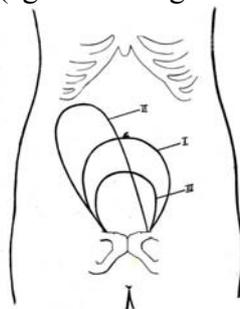
Actitud **expectante** con el gotero de oxitocina cerrado.

Sondaje vesical.

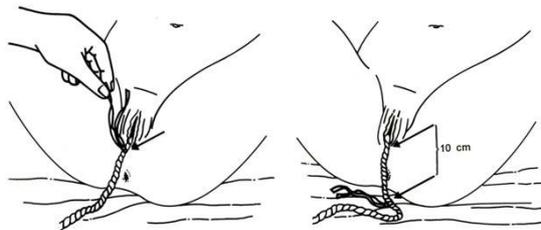
Signos de **desprendimiento placentario:**

Salida del hematoma retroplacentario.

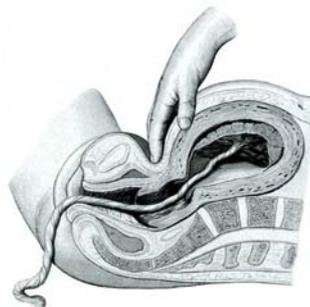
Signo de Schröder (sube el fondo uterino). Tras salir el feto el fondo uterino se sitúa aproximadamente a la altura del ombligo; cuando aquélla se desprende el fondo sube un poco y se lateraliza a la derecha. Tras extraer la placenta el útero se contrae y se sitúa bajo el ombligo (“globo de seguridad”).



Signo de Ahlfeld (signo de la "cinta": Una cinta o la pinza que clampa el cordón descende, separándose de la horquilla vulvar).



Signo de Küstner (la presión suprapúbica no asciende el cordón si la placenta está desprendida).



Signos de Strassmann (la presión sobre el fondo uterino se transmite al cordón tirante si la placenta está fija) y **Strassmann invertido** (la tracción desde el cordón se transmite al fondo uterino si no hay desprendimiento).

Tocar la placenta desprendida por tacto vaginal.

Extracción de la placenta, traccionando suavemente del cordón mientras se presiona el fondo uterino. Recoger las membranas rotando la placenta sobre sí misma a medida que se extrae, para que se enrollen como un cordón sin romperse (*maniobra de Dublin*). Administrar en estos momentos la metilergobasina si no se había practicado previamente el alumbramiento medicamentoso.

Reabrir la perfusión de oxitócico, tras salir la placenta.

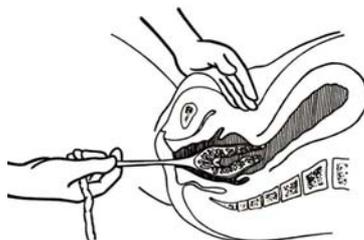
Comprobar la **integridad** de placenta y membranas.

Posibilidades de actuación médica: Maniobras de extracción, para facilitar la salida placentaria.

Maniobra de Credé (Maniobra del "tramús"): Exprimir el útero como un altramuz.



Maniobra de Brandt-Andrews: Peligrosa, si la placenta no está completamente desprendida. Empujar el útero desde el segmento inferior hacia arriba, en dirección al ombligo, mientras a la vez que se estira del cordón hacia el asistente.



Alumbramiento manual: Cuando fallan los anteriores, es decir, cuando se supera el tiempo máximo de espera en cada uno de ellos, alumbramiento espontáneo (>30 minutos) o el medicamentoso (>20 minutos). Se introduce la mano en el útero, bajo anestesia general o regional y eventual espasmolisis, y se desprende la placenta con el borde cubital de la mano, extrayéndola a continuación. Requiere protección antibiótica.

ASISTENCIA AL CUARTO PERIODO DEL PARTO:

O período de hemostasia. Se llama así a las dos horas que siguen al alumbramiento.

En esta fase se produce una relajación uterina, en la que pueden producirse procesos hemorrágicos, hasta que se llega a producir la contracción uterina permanente y definitiva ("globo de seguridad": útero reducido, con consistencia aumentada, palpándose fácilmente bajo las flácidas cubiertas abdominales).

Sistemática asistencial:

Evitar la hipotonía uterina:

Mantener venoclisis con perfusión de oxitócicos.

Administrar metilergobasina (Methergín®) IM y/o IV.

Taponamiento vaginal transitorio, para mantener el campo limpio durante la episiorrafia.

Episiorrafia: Con material reabsorbible (Vicryl Rapid®, Safil®, Dexon® o Vycril®):

Por segmentos: Vagina → Planos profundos del periné → Planos superficiales del periné → Piel.

Técnica de sutura continua tipo Williams.

Revisión y **reparación de posibles desgarros** perineales, vaginales, cervicales. Los desgarros perineales se clasifican en los siguientes grados:

Iº: Afecta solo a piel y mucosa vaginal.

IIº: Se extiende a la musculatura perineal.

IIIº: Afecta al esfínter anal.

IVº: Afecta a la mucosa rectal (algunos consideran a éste como un desgarro perineal de IIIº con extensión a mucosa rectal).

Retirar el tapón vaginal tras la episiorrafia.

Antibioterapia: Dosis única de antibiótico en pacientes sometidas a anestesia epidural o raquídea, sondadas, sometidas a extracción manual de placenta, etc.

Control de la paciente:

Permanencia en decúbito supino con las piernas cruzadas.

Control del "globo" de seguridad.

Control de constantes.

Vigilancia del sangramiento: Se considerará patológica toda hemorragia postparto superior a 500 ml.

Micción y movilización precoces, tras las dos horas del parto. Sonda de Foley ≥ 8 horas, en caso de que se haya utilizado anestesia epidural o intrarraquídea.

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICAS:

Causas del dolor en el parto:

Las causas del dolor en el parto son diversas y en dependencia del momento del mismo:

En la fase de dilatación el dolor viene condicionado por la isquemia del miometrio condicionada por las contracciones y por la dilatación cervical.

En el expulsivo se añade la compresión y distensión del canal del parto y de la musculatura perineal y del suelo pélvico, junto a las posibles intervenciones que a este último nivel se realizan (episiotomías).

El umbral de dolor es extraordinariamente variable de mujer a mujer. Al respecto, en ocasiones, la reducción de la ansiedad de la parturienta, a través de la psicoprofilaxis obstétrica recibida y la adecuada atención del personal durante el parto, podría ser casi suficiente en algunos casos.

Tipos de analgesia/anestesia obstétricas:

Analgésicos y sedantes: Durante la dilatación por vía parenteral (i.m. o i.v. lenta):

Analgésicos:

Petidina (Dolantina®): Probablemente el más usado. Aunque su acción analgésica es muy potente, no elimina completamente el dolor de la dilatación. Como todos los morfínicos atraviesa la placenta y puede producir depresión respiratoria neonatal si se administra a dosis alta o en la proximidad del expulsivo. Sus efectos secundarios más frecuentes son los vómitos (por ello suele asociarse a prometacina) y la desorientación.

Pentazocina (Pentazocina Prodes®, Sosegon®).

Buprenorfina (Buprex®): Junto al anterior es una alternativa a la petidina, aunque con mayor riesgo de depresión respiratoria fetal.

Fentanilo (Fentanest®): Más peligroso que los anteriores.

Metamizol (Nolotil®): Poco efectivo en el parto.

Sedantes:

Diazepán (Valium®): También atraviesa la placenta y puede producir depresión neonatal.

Clorpromazina (Largactil®).

Prometacina (Fenergán®): Agente anti-H₁, del grupo de la fenotiazinas que asocia a su acción sedante la de ser antiemético.

Haloperidol.

Cóctel lítico: Combinación de sedantes y analgésicos I.V., frecuentemente empleado: Petidina + prometacina + clorpromazina.

Neuroleptoanalgesia (Analgésico + neuroléptico): Thalamonal® (Fentanilo + droperidol): Muy peligroso si no se tiene experiencia en su control.

Espasmolíticos: De utilidad dudosa para algunos, no es desaconsejable su empleo:

Butilbromuro de hioscina (Buscapina®).

Bromuro de otilonio (Spasmoctyl®).

Anestesia local:

La infiltración del periné y de la horquilla vulvar en abanico con anestésicos locales (mepivacaína, bupivacaína, etc), cubriendo toda el área en que se practicará la episiotomía, se aplicará en la fase del expulsivo.

Anestesia locorregional:

Bloqueo paracervical: Inyección de anestésico local en los parametrios a las 4 y 8 horarias a nivel paracervical. Bloquea el dolor de la dilatación (válido tan solo en este período), pero al provocar cuadros severos de bradicardia (hasta un 35% de los casos), acidosis e incluso muerte fetal se ha venido abandonando su utilización en el parto.

Bloqueo de pudendos, infiltrando con anestésico local a nivel de las espinas ciáticas por vía transvaginal o transperineal, en cuya vecindad pasan los nervios pudendos, que inervan el periné, 1/3 inferior de la vagina y piel de la vulva (excepto en los 2/3 superiores de los labios mayores). Se usa pues solo en el expulsivo, permitiendo no solo la realización de la episiotomía, sino incluso también la aplicación de fórceps.

Anestesia radicular:

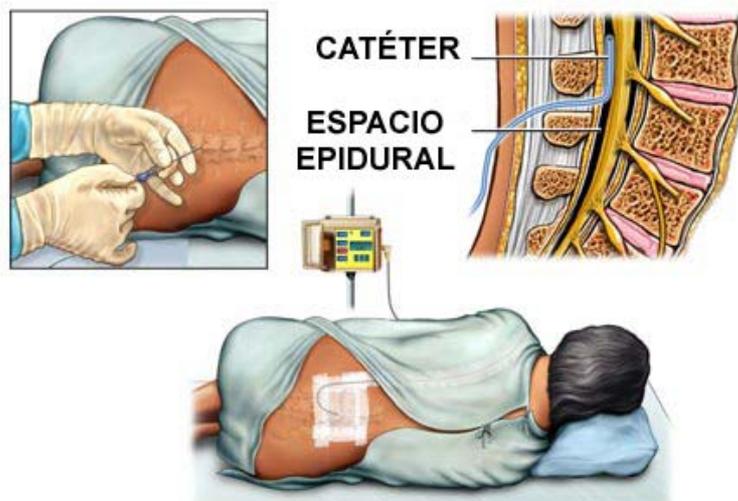
Anestesia peridural o epidural lumbar (L₂-L₃ / L₃-L₄): Se punciona a este nivel el espacio extradural (por encima de la duramadre), dejando un catéter a través del cual se van inyectando dosis repetidas, o mediante bomba de perfusión, de anestésicos locales y opiáceos.

Produce una anestesia de cintura hacia abajo, si bien su efecto no es inmediato, precisando de 10 a 15 minutos para que se inicie su acción.

Es el método de anestesia más efectivo tanto para el período de dilatación como en el expulsivo. También puede utilizarse en las cesáreas.

Se recomienda para partos de evolución lenta y semilenta, poniéndola cuando ya exista buena dinámica, dado que puede inhibir ésta.

Sus efectos secundarios más frecuentes son la hipotensión (cabe hidratar bien a la paciente), cefalea residual, la paresia transitoria de miembros inferiores y la retención urinaria. Se desaconseja en pacientes con antecedentes de meningitis, hernia discal y migrañas.

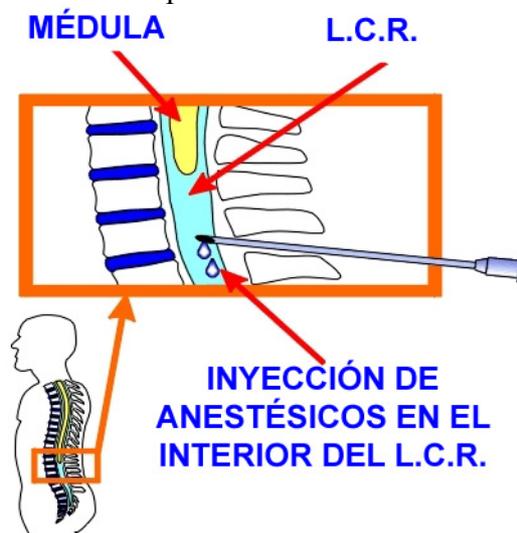


Bloqueo caudal (epidural sacra) : A través del hiato del sacro. Poco utilizada en nuestro medio.

Raquianestesia (anestesia intradural, espinal baja o subaracnoidea) : Se punciona el espacio subaracnoideo intramedular entre L₃-L₄ (bloqueo “*en silla de montar*”). Inyecciones a nivel más alto no deben practicarse, dado que allí ya existe médula espinal. Su efecto es inmediato, pero, al no dejarse catéter alguno, la punción única tiene un efecto rápido, pero de duración limitada.

Se utilizará cuando se precisa una anestesia rápida: Sólo en el expulsivo, para la colocación de fórceps, pero sobretodo se utiliza para cesáreas (cuando la indicación no es el fallo de progresión de un parto anestesiado con epidural).

La aparición de cefaleas e hipotensión es más frecuente que con la epidural.



Puede combinarse con la epidural lumbar.

Anestesia general intravenosa: Se usan anestésicos de inducción rápida y corta duración:

- Tiopental (Penthotal[®]).
- Propofol (Diprivan[®]).
- Hidroxibutirato sódico (Gamma OH[®])
- Propanidina (Epontol[®]).
- Ketamina (Ketolar[®]).

Anestesia general inhalatoria: Con mayor interés histórico que práctico, por el riesgo de hipotonías uterinas y hepatotoxicidad. Se usan junto a los intravenosos en intervenciones que requieren una prolongación del efecto de los anteriores tras inducir la anestesia (p.ej. cesáreas).

Protóxido (óxido nitroso, NO₂): Puede usarse durante la dilatación inhalado a través de mascarilla, mezclado al 50% con oxígeno, es decir, a concentraciones bajas subanestésicas y sólo en el momento de las contracciones, a modo de autoanestesia, sin efectos acumulativos. Su acción tiene algo de efecto placebo.

Fluothane, pentrane, ethrane, etc.

Todos los anestésicos generales atraviesan la placenta y deprimen al feto. Su utilización además requiere un tiempo de ayunas de 6-8 horas, para evitar la aspiración del contenido gástrico.

PRONÓSTICO DEL PARTO:

Cabe considerar una gran multiplicidad de factores:

1.- Factores relativos al canal del parto:

Óseo: Capacidad de la pelvis ósea en relación con el tamaño fetal.

Blando: Condiciones del cuello uterino al inicio del parto. Eventual patología cervical asociada.

2.- Factores relativos a la dinámica uterina:

Su defecto enlentecerá el progreso del parto.

Su hiperestimulación puede conducir a un parto precipitado con mayor riesgo de hemorragias y desgarros.

3.- Factores fetales:

Tamaño: En relación con la capacidad pélvica.

Estática fetal: Situación, presentación, posición y actitud.

Encajamiento: Favorable al inicio de parto en primíparas. Su defecto en múltiparas no condiciona pronóstico.

Bienestar vs. patologías fetales.

4.- Factores gestacionales:

Edad gestacional: Los partos prematuros o con fetos postmaduros pueden asociar un mayor índice de complicaciones fetales.

Integridad de las membranas: Tiene mejor pronóstico que el parto se inicie con bolsa íntegra.

Aspecto del líquido amniótico: El líquido meconial puede indicar problemas fetales.

5.- Factores maternos:

Edad: Puede ser problemática en pacientes:

Teenagers (≤ 16 años).

Gestantes añosas (≥ 35 años).

Paridad: Los partos de mejor pronóstico suelen ser el segundo y tercero, pudiendo presentarse más problemas en el primero y a partir del cuarto ("grandes

multíparas").

Estado físico y psíquico:

Estados de malnutrición o patologías asociadas agravan el pronóstico.

La psicoprofilaxis ayuda a un mejor desarrollo del parto.

Factores psicosociales: Factores externos negativos pueden influir negativamente la evolución del parto.

6.- Atención al parto: Una adecuada asistencia, preferentemente en medio hospitalario, es preferible a la falta de atención.