

TECNICA DE ASISTENCIA AL PARTO

AUTORES :

OLIVA RODRIGUEZ-PASTOR J.L

Facultativo Especialista de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

MOYANO LOPEZ R

Médico Residente Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

BUFORN GALIANA A.

Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Para contactar :

Andrés Buforn Galiana

C/ Altabaca 4 casa 4 Villa Paloma

Urbanización Cerrado de Calderón Málaga

Telfno 952295158 Correo : witomar @ mixmail .com

INDICE

- I. DIAGNOSTICO DE ESTABLECIMIENTO DEL PARTO
- II. EVALUACION INICIAL
- III. PERIODO DE DILATAACION
- IV. ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO
- V. ASISTENCIA AL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO
- VI. PARTO DE NALGAS. ACTUACION
- VII. HEMORRAGIA POSTPARTO. DEFINICION Y CONDUCTA
- VIII. PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA .DEFINICION Y CONDUCTA

Es necesario un conocimiento básico de la fisiología del parto, así como de la actitud a seguir durante el mismo, para cualquier profesional médico, debido a que éste se puede producir en cualquier momento, y no se trata normalmente de un fenómeno programable pudiendo, por lo tanto, ocurrir fuera del ámbito hospitalario.

El parto, si evoluciona de manera normal y sin complicaciones, necesita una atención simple, exigiendo una actitud poco intervencionista.

En este capítulo comentaremos las normas básicas de asistencia al parto, así como algunos problemas que pueden aparecer durante éste.

I.- DIAGNÓSTICO DE ESTABLECIMIENTO DEL PARTO

¿Está la paciente de parto?. Es la primera pregunta que debemos conocer. Para ello tenemos que evaluar lo siguiente:

I.1. ¿Existe actividad uterina regular?. Con simple palpación abdominal objetivamos el endurecimiento de la pared del útero a través de las cubiertas abdominales.

Se admite que la frecuencia mínima de contracciones para diagnosticar el establecimiento del parto es de 2 cada 10 minutos.

I.2. ¿Existe dilatación del cuello del útero?. Por medio de un tacto vaginal, con las mejores condiciones de asepsia posibles, no es difícil establecer, aproximadamente, la dilatación del cuello.

Se considera fase activa del parto si existe dilatación cervical mayor de 3 cms.

I.3. ¿Es progresiva la dilatación del cuello?. La progresión media de la dilatación del cuello es de 1-2 cms/h. Esto nos puede informar sobre el tiempo de dilatación que resta hasta que comience el periodo expulsivo, aunque es bastante variable.

II.- EVALUACIÓN INICIAL

II . 1. Anamnesis:

II. 2 . Antecedentes personales.- Enfermedades, toma de fármacos, etc.

II.3. Antecedentes obstétricos.- Es importante conocer si se trata del primer parto, puesto que la evolución de éste es más lenta, así como si hay cesáreas anteriores, lo cual sería un factor de riesgo por la posibilidad de dehiscencia de la cicatriz uterina.

II.4. Evolución del embarazo actual.- H.T.A. inducida por el embarazo, Diabetes gestacional, etc.

II.5. Determinar la fecha probable de parto, preguntando la fecha de la última regla. Se obtiene restando 3 al mes de la última regla y sumándole 7 al día. Así sabremos si estamos ante un embarazo a término o un parto prematuro.

II.6. Determinar el momento de inicio de las contracciones, la existencia de rotura de membranas ovulares.

II.7 .Exploración física general:

A/ Toma de constantes.- T.A., Fc y temperatura.

B/ Evaluar edemas.

C/ Exploración abdominal.-Debemos proceder a valorar:

C.1/ La altura uterina se mide con cinta métrica desde la sínfisis del pubis hasta la curvatura del fondo de saco uterino. A partir de la semana 20 de gestación, los centímetros de la altura uterina se corresponden con amenorrea.

C.2/ Estudiar la situación, presentación y posición fetales mediante la palpación abdominal (maniobras de Leopold).

C.3/ Auscultación del latido fetal. Se considera normal de 120-160 lpm.

C.4/ Valoración clínica de la dinámica uterina: cronometrar.

II.8 . Exploración vaginal:

A/ Se realizará un **tacto vaginal** utilizando el 2º y 3º dedos de la mano derecha. Se habrán de valorar las condiciones del cuello uterino:

A.1/ Dilatación.

A.2/ Posición.- El cuello, al principio del parto es posterior al polo cefálico fetal, y conforme éste desciende se va centrando..

A.3/ Consistencia.- Un cuello rígido tendrá una dilatación más lenta que si tiene una consistencia blanda.

A.4/ Borramiento.- Determinar la longitud del cervix que mide 3-4 cms desde orificio cervical externo a orificio cervical interno al comienzo del parto hasta borrarse completamente.

B/ Comprobar si las membranas están íntegras; si estuvieran rotas, valorar el color del líquido amniótico.

C/ Determinar la presentación: cefálica o podálica.

D/ Evaluar la altura a la que se encuentra la presentación en la pelvis

(Planos de Hodge):

I plano.- Coincide con el estrecho superior, trazado entre el promontorio y el borde superior del pubis.

II plano.- Paralelo al anterior, pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y el cuerpo de la segunda vértebra sacra; está situado dentro del plano de la excavación.

III plano.- Paralelo al anterior a la altura de las espinas ciáticas.

VI plano.- Situado en el plano de salida de la pelvis, paralelo al anterior a la altura de la punta del cóccix.

E/ Evaluar la capacidad pélvica.- Arcada púbica, sacro y espinas ciáticas.

F/ **Existencia de signos de parto inminente.-** Abombamiento del periné, sensación de pujos, emisión de heces y coronamiento de la cabeza.

III. PERIODO DE DILATACIÓN

Se define como el periodo que ocupa desde el inicio de las contracciones uterinas hasta la dilatación cervical completa, momento en que comienza el periodo expulsivo.

En el periodo de dilatación se distinguen dos fases:

III.1. Una fase de latencia, en la que se producen las modificaciones que tiene que experimentar el cuello para iniciar la dilatación, que son el borramiento o acortamiento y el cambio en la consistencia del cervix, haciéndose éste mucho más blando. La duración media de este proceso es de 5 horas en multíparas y de 8 en primíparas.

III.2. Una fase activa, que comienza con una dilatación cervical de 2-3 cms y se caracteriza por la progresión en la dilatación y la existencia de una dinámica uterina regular. La velocidad de la progresión de la dilatación es aproximadamente de 1cm/h en

primíparas (duración total de 6 horas) y de 1,2 cm/h en multíparas (duración total de 5 horas).

Gracias a la duración de este periodo del parto, existe normalmente tiempo suficiente para proceder al traslado de la paciente a un centro hospitalario.

Las **medidas generales** a llevar a cabo en este momento del parto son:

A/ Venoclisis, ayunas, control de TA, Fc y temperatura cada 2 horas, apoyo emocional a la paciente y familia.

B/ Evaluar la progresión de la dilatación del cervix mediante la exploración vaginal: Hablamos de fase activa prolongada si el progreso de la dilatación es inferior a 1,2 cm/h en primíparas y a 1,5 cm/h en multíparas.

Si no existe progreso en la dilatación del cervix durante 2 horas, estamos ante un estancamiento del parto, que si existe dinámica uterina adecuada se deberá a la existencia de desproporción céfalo-pélvica; en esta situación probablemente sea necesaria la realización de una cesárea.

C/ Control de la evolución de la dinámica uterina.

D/ Durante la fase de dilatación se debe controlar el estado fetal, y si no disponemos de monitor cardio-tocográfico podemos valernos de:

D.1/ Auscultación del latido fetal, valorando la Fc que debe estar entre 120-160 l.p.m.. La existencia de descensos transitorios de la Fc fetal coincidiendo con la contracción uterina **puede ser un signo de sufrimiento fetal.**

D.2/ Emisión de meconio. **Es un signo potencial de sufrimiento fetal.**

IV. ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO

El periodo expulsivo comienza cuando se alcanza la dilatación cervical completa (10 cms) y termina con la expulsión del feto. La duración del periodo expulsivo es normalmente menor a 60 minutos en primíparas e inferior a 30 minutos en multíparas. Un alargamiento del periodo expulsivo por encima de este margen de tiempo se considera estancamiento del periodo expulsivo y precisa, habitualmente, de una maniobra tocúrgica (forceps, ventosa o espátulas) si la presentación se encuentra suficientemente baja (normalmente en el III plano de Hodge) para

terminar el parto. Incluso puede ser necesario realizar una cesarea por desproporción céfalo-pélvica.

La atención al periodo expulsivo del parto debe realizarse, a ser posible, en un medio hospitalario, aunque si nos encontramos con una paciente fuera del mismo, es muy posible que no exista tiempo para realizar el traslado, ya que como hemos comentado anteriormente, la duración hasta la terminación del parto es habitualmente inferior a 30 minutos en multíparas.

Las medidas a realizar para la asistencia al periodo expulsivo son:

IV.1 Medio hospitalario si es posible; sondaje vesical, rasurado y desinfección perineal; venoclisis; posición de litotomía o semifowler.

A/ Madre acostada de espaldas, caderas y rodillas flexionadas parcialmente, muslos en abducción, plantas de los pies apoyadas en el pie de la cama.

B/ Colocar cojín o manta doblada bajo las nalgas de la madre para mejor acomodo de la cabeza y hombros del feto en el momento del parto.

C/ Utillaje :

Lavado de manos y uso de guantes estériles, instrumental estéril (tijeras, pinza de disección, pinzas de Kocher (3), porta agujas, suturas (catgut nº0 y 1), gasas y compresas y material de anestesia local).

D/ La conducta a seguir durante este periodo es la siguiente:

D.1/ En la exploración vaginal valoramos:

- a) Dilatación (completa)
- b) Altura de la presentación

D.2/ Estado de la bolsa amniótica: Si las membranas están íntegras se puede proceder a romperlas.

D.3/ Valoración de la progresión del parto.

Depende de: paridad, dinámica, tamaño del feto y tamaño pélvico

D.4/ Control de la actividad uterina:

Palpación uterina de forma cronométrica (se admite como normal.- 3 - 5 c/10 min.).

D.5/ Durante el periodo expulsivo y nunca antes de haber alcanzado la dilatación cervical completa, se procede a PRENSA ABDOMINAL.

D.6/ Infiltración local del periné con anestesia local

D.7/ Protección perineal:

La episiotomía se utiliza para proteger el periné. No siempre es necesaria (valorar cuando lo es). Debe realizarse cuando existe distensión del músculo bulbo-cavernoso.

La actitud a tomar durante el periodo expulsivo consiste en los siguientes

PASOS:

- a) Proteger el periné con la mano derecha y una gasa (se puede hacer o no episiotomía).
- b) Con la mano izquierda, realizar la flexión de la cabeza para mantener el diámetro suboccípito- bregmático. Posteriormente, cuando pasan los parietales, permitir la extensión de la cabeza para proteger el periné. (O.I.A. menos frec. O.I.P.)
- c) Con la mano que se protege el periné, se libera la cara del feto del introito.
- d) Cuando se ha completado la expulsión de la cabeza, se inicia la rotación externa.(Se puede permitir la rotación externa espontánea: Para distinguirla es necesario saber si el descenso ha sido O.I.D. a O.I.A. o O.I.I. a O.I.A., ya que la cabeza vuelve a la posición en la que se acomodó en el estrecho pélvico superior.) (Rotación externa: 45°).
- e) Comprobar la no existencia de circulares de cordón al cuello. Si existen, liberar el cordón deslizándolo por la cabeza y si no se puede, pinzarlo y cortarlo.
- f) Extracción de los hombros fetales: traccionar suavemente, con ambas palmas de las manos en sentido caudal hasta la salida del hombro anterior. Tracción suave en sentido contrario para extracción de hombro posterior.
- g) Pinzar y cortar el cordón umbilical.
- h) Reanimación del R.N.: Aspiración de secreciones administración de O2.

V. ASISTENCIA AL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

El periodo de alumbramiento se inicia al finalizar el periodo expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. La duración máxima es de 30 minutos y la pérdida hemática normal no suele ser superior a 500 ml. La complicación más frecuente es la hemorragia.

V.1. La conducta a seguir durante este periodo es la siguiente:

A/ Localizar por palpación el fondo uterino

B/ No realizar ninguna maniobra (tracción del cordón) hasta desprendimiento placentario.-

SIGNOS DE PLACENTA DESPRENDIDA :

*** Elevación uterina, salida de sangre por vagina, contracciones uterinas dolorosas sensación de peso y ocupación vaginal, elevación manual del útero no seguida por el cordón , descenso del cordón a través de la vulva .**

C/ Maniobras para facilitar la expulsión de la placenta:

C.1/ Esfuerzo de pujo dirigido

C.2/ Suave masaje uterino

C.3/ Tracción suave del cordón

C.4/ Una vez expulsada la placenta, cogerla con ambas manos y torsionarla, para facilitar la expulsión de membranas.

C.5/ Revisión de placenta y membranas.

C.6/ Taponamiento vaginal y sutura de la episiotomía.

VI. PARTO DE NALGAS - ACTUACIÓN :

VI.1 Permitir la evolución espontánea de la salida del feto sin ejercer tracción hasta la salida del tórax.

VI.2 Sujetar los tobillos del feto con la mano izquierda y con la derecha sacar primero el brazo anterior y luego el posterior.

VI.3 Dejar el feto colgando para que su propio peso haga descender la cabeza.

VI.4 Cuando se visualiza la línea del pelo nual realizar

Maniobra de Mauriceau :

Sujetar los tobillos con la mano izq hacia arriba e introducir los dedos índice y medio en la boca fetal, para mantener la flexión de la cabeza presionando sobre el maxilar fetal.

VII . HEMORRAGIA POSTPARTO, DEFINICION Y CONDUCTA:

Se define como pérdida hemática superiora 500 ml, tras el alumbramiento del feto.Es responsable del 25% de las muertes obstétricas y aparece en entre el 5-18% de los partos.

VII.1. Las causas:

A/ Atonía uterina (90%), desgarros del aparato genital, retención de tejido placentario.

B/ Otras menos frecuentes: Inserción anómala de placenta, inversión del útero, rotura del útero, coagulopatía.

C/ En la Atonía uterina, la hemorragia se produce por la no contracción del útero después del parto. Se produce pérdida de sangre continua y moderada tras la salida de la placenta. El útero está blando y empastado en la exploración abdominal.

VII.2. La conducta a seguir es:

A/ Masaje uterino bimanual.

B/ Administrar solución 20UI de Oxitocina en 500 ml de sol cristaloide a 200-500 ml/h. (No en bolo)

C/ Administrar via IM o IV Metil-ergonovina (METHERGIN) en dosis 0,3 mgrs vía IM (No si Hipertensión arterial)

VIII .PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA: DEFINICION Y CONDUCTA

Complica del 8-10% de todos los embarazos.

VIII.1. Se clasifica en:

A/ HTA preexistente agravada por embarazo

B/ HTA IPE sin signos de preeclampsia

C/ Preeclampsia

D/ Eclampsia

VIII.2. Los signos de Preeclampsia:

Edemas, proteinuria, cefalea, dolor epigástrico, hiperreflexia, trastornos visuales. Si aparecen convulsiones se define como Eclampsia.

VIII.3. El tratamiento de HTA con o sin signos de preeclampsia es el siguiente:

A/ Hidralacina I.V.: 5 mg durante 2 min. Si no hay efecto repetir dosis hasta un máximo de 4 dosis. Si no hay respuesta después de administrar un total 20 mg pasar a otro agente.

B/ Labetalol I.V.: 20-80 mg (bolo de 50mg en 2-3 min. que se puede repetir, pasados 10 min hasta 3-4 veces).

VIII.4. El tratamiento de Preeclampsia grave y Eclampsia:

A/ Sulfato de Magnesio I.V.: Dosis de carga 4grs en 5-20 minutos, con un mantenimiento de 1 gr/h. (Solución al 20%).

B/ Diacepam I.V. (opción)

BIBLIOGRAFIA

Peñalosa Ruiz,L Cabezas Delamare,M Lanchares Pérez,J.L. Asistencia al período de dilatación del parto. En : Manual de asistencia al parto y puerperio normal .Fabre E,Ed. INO:Zaragoza.1995.143-163

De la Fuente Pérez,P. Asistencia al período expulsivo del parto. En : Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre E, Ed. INO : Zaragoza 1995. 177-188

Jimeno García,JM.Asistencia al periodo de alumbramiento del parto. En Manual de Asistencia al parto y puerperio normal. Fabre E,Ed.INO: Zaragoza.1995.177-188

Richard K.Wagner,Peter E.Nielsen y Bernard Gonik .Distocia de hombros En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia .Temas actuales.Controversias en la atención del trabajo de parto. Volumen 2.McGraw-Hill ed. México.1999.377-390

Vito Alamia,JR y Bruce A. Meyer. Hemorragia periparto .En : Clínicas de Ginecología y Obstetricia .Temas actuales.Controversias en la atención del trabajo de parto. Volumen 2. McGraw-hHill ed.México.1999.391-404

Daylene L.Ripley. Urgencias Uterinas.Atonía,inversión y rotura. En : Ginecología y Obstetricia.Temas actuales. Atención de urgencia. Volumen 3.McGraw-Hill ed.México.1999.425-438

Kirk D. Ramin.Prevencción y tratamiento de eclampsia.En: Ginecologia y obstetricia.Temas actuales.Atención de Urgencia.Volumen 3. McGraw-Hill ed.México.1999.489-501

CUESTIONARIO

1°.- Indique la respuesta falsa:

- a) La frecuencia mínima de las contracciones uterinas para diagnosticar el parto es de 2 cada 10 minutos.
- b) Se considera fase activa del parto cuando la dilatación cervical es mayor de 3 cms.
- c) La hidrorrea por rotura prematura de membranas es indicativa de parto en curso.
- d) La progresión media de la dilatación cervical en el parto es de 1-2 cms/h.
- e) La dilatación progresiva del cervix es indicativa de parto en curso.

2°.- Para determinar la fecha probable de parto a la fecha de última regla:

- a) Sumar 5 al día y restar 3 al mes.
- b) Sumar 6 al día y restar 3 al mes.
- c) Sumar 7 al día y restar 2 al mes.
- d) Sumar 7 al día y restar 3 al mes.
- e) Sumar 9 al día y restar 3 al mes.

3°.- Cual de los siguientes no es factor de riesgo durante el parto:

- a) HTA inducida por el embarazo.
- b) Diabetes materna.
- c) Cesarea anterior.
- d) Aborto anterior.
- e) Crecimiento intrauterino retardado.

4°.-Cual es la frecuencia cardiaca normal considerada como normal:

- a) 110-150 lpm.
- b) 100-140 lpm.
- c) 140-180 lpm.
- d) 120-160 lpm.
- e) 130-170 lpm.

5°.- Para calcular la semana de gestación según la altura de útero:

- a) A partir de la semana 20 de gestación la altura de útero en centímetros dividida por dos corresponde a la semana de gestación.
- b) A partir de la semana 25 de gestación la A.U. dividida por dos corresponde a la semana de gestación.
- c) A partir de la semana 20 la A.U. se corresponde con la semana de gestación.
- d) A partir de la semana 20 la A.U. multiplicada por dos corresponde con la semana de gestación.
- e) A partir de la semana 25 de gestación la A.U. multiplicada por dos se corresponde con la semana de gestación.

6°.-La presentación fetal más frecuente al inicio del parto es:

- a) Sacro iliaca izquierda.
- b) Sacro iliaca derecha.
- c) Occipito iliaca derecha.
- d) Occipito iliaca izquierda.
- e) Presentación de hombro.

7°.-Sobre el periodo de dilatación, indicar la respuesta falsa:

- a) Consta de una fase activa y de una fase de latencia.
- b) Su duración media en una primigravida es de 5 horas.
- c) En la fase de latencia se produce el borramiento del cuello.
- d) En la fase activa existe dinámica uterina regular.
- e) La velocidad de la dilatación en primigravidas durante la fase activa es de 1 cm por hora.

8°.-Si nos encontramos ante una paciente de parto en fase latente de dilatación:

- a) La dilatación es mayor de 3 cm.
- b) La presentación suele estar en III plano de Hodge.
- c) La dinámica uterina suele ser irregular.
- d) La finalización del parto es inminente.
- e) Las membranas tienen que estar íntegras.

9°.-Si nos encontramos ante un parto fuera del medio hospitalario:

- a) La presencia de hidrorrea por rotura prematura de membranas contraindica el traslado a un centro hospitalario.
- b) La sensación de pujos recomienda el traslado hospitalario.
- c) La fase activa de la dilatación contraindica el traslado.
- d) La rotura prematura de membranas y la fase activa de la dilatación indican parto inminente.
- e) Es recomendable el traslado de la paciente a un hospital durante la fase latente de la dilatación incluso con rotura de membranas.

10°.-El mejor método para evaluar la progresión y el estado en que se encuentra el parto es:

- a) Evaluación clínica de las contracciones uterinas cronometrándolas.
- b) Evaluación de la dilatación cervical por tacto vaginal.
- c) Anamnesis.
- d) Realización de maniobras de Leopold.
- e) Exploración de genitales externos.

11°.-Sobre el sufrimiento fetal intraparto, indique la falsa:

- a) La presencia de meconio es un signo potencial de sufrimiento fetal.
- b) La taquicardia fetal transitoria es signo de sufrimiento fetal.
- c) La bradicardia fetal transitoria es signo de sufrimiento fetal.
- d) La rotura prematura de membranas no indica sufrimiento fetal.
- e) Una FCF de 150 lpm no es signo de sufrimiento fetal.

12°.-Se considera dilatación cervical completa se considera:

- a) 5 cm.
- b) 10 cm.
- c) 8cm.
- d) 12 cm.
- e) 7 cm.

13°.-La duración del periodo expulsivo en primigravidas es normalmente menor de:

- a) 120 minutos.
- b) 30 minutos.
- c) 15 minutos.
- d) 60 minutos.
- e) 45 minutos.

14°.-En caso de no progresión de la presentación fetal durante el periodo expulsivo:

- a) Se realiza una cesarea.
- b) Se realiza una maniobra tocúrgica (forceps, ventosa, espátulas).
- c) Actitud expectante.
- d) Compresión del fondo uterino.
- e) Aunque la dinámica uterina sea adecuada se administran fármacos para reforzarla.

15°.-Se debe indicar a la paciente que realice prensa abdominal:

- a) Desde los prodromos de parto.
- b) Desde la fase latente de la dilatación.
- c) Desde la fase activa de la dilatación.
- d) Desde el comienzo del periodo expulsivo.
- e) Desde el final del periodo expulsivo.

16°.-Sobre el parto indicar la respuesta falsa:

- a) Se debe proteger el perine durante la expulsión del feto.
- b) Siempre es necesario realizar episiotomía.
- c) Hay que liberar el cordón si existe circular al cuello.
- d) Hay que traccionar suavemente de la cabeza del feto para extraer los hombros.
- e) La rotación interna normal evoluciona a occipito iliaca anterior.

17°.-La duración máxima del periodo de alumbramiento es de:

- a) 10 minutos.
- b) 20 minutos.
- c) 30 minutos.
- d) 40 minutos.
- e) 50 minutos.

18°.-La complicación mas frecuente durante el periodo de alumbramiento es:

- a) Rotura uterina.
- b) No se produce el alumbramiento de la placenta.
- c) Hemorragia.
- d) Inversión uterina.
- e) desgarro cervical.

19°.-Si 10 minutos después de la expulsión del feto no se produce el alumbramiento de la placenta y no existen signos de placenta desprendida, la actitud correcta es:

- a) Traccionar del cordón umbilical.
- b) Actitud expectante.
- c) Compresión del fondo uterino.
- d) a + c.
- e) Intentar alumbramiento manual.

20°.-Se define como hemorragia postparto a la perdida hematica superior a:

- a) 1000 c.c.
- b) 500 c.c.
- c) 250 c.c.
- d) 100 c.c.
- e) 50 c.c.

21°.-La causa mas frecuente de hemorragia postparto es:

- a) Desgarro cervical.
- b) Rotura uterina.
- c) Atonia uterina.
- d) Coagulopatía materna.
- e) Inserción anómala de la placenta.

22°.-Cual de las siguientes actuaciones no se realiza ante una hemorragia postparto por atonia uterina:

- a) Masaje uterino bimanual.
- b) Reposición de la volemia.
- c) Administración i.m de metil-ergonovina (Methergin) con paciente hipotensa.
- d) Administración de oxitocina en perfusión.
- e) Taponamiento vaginal con gasas para frenar la hemorragia.

23°.-Sobre el parto de nalgas indique la respuesta falsa:

- a) Se debe permitir la salida espontanea del feto sin ejercer tracción hasta la salida del torax fetal.
- b) Se debe dejar el feto colgando para que su propio peso haga descender la cabeza de este.
- c) En pacientes primigravidas se debe realizar una cesarea.
- d) La evolución del parto suele ser mas lenta.
- e) La primera medida es intentar realizar una versión externa intraparto.

24°.-Cual de los siguientes no se considera signo de pre-eclampsia:

- a) Edemas maleolares.
- b) Dolor en epigastrio.
- c) Cefalea.
- d) Convulsiones.
- e) Trastornos visuales.

25°.-Cual de los siguientes farmacos no se utilizán en el tratamiento de la pre-eclampsia y de la eclampsia:

- a) Captopril.
- b) Hidralacina.
- c) Sulfato de magnesio.
- d) Diacepan.
- e) Labetalol.

RESPUESTAS:

1°.-c.	6°.-d.	11°.-b.	16°.-b.	21°.-c.
2°.-d.	7°.-b.	12°.-b.	17°.-c.	22°.-e.
3°.-d.	8°.-c.	13°.-d.	18°.-c.	23°.-e.
4°.-d.	9°.-e.	14°.-b.	19°.-b.	24°.-d.
5°.-c.	10°.-b.	15°.-d.	20°.-b.	25°.-a.