



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 028 2024-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 07 de Febrero de 2024

Visto, el expediente N° 02001-24; y

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud" en cuyo numeral 6.1.3 define la Guía Técnica como documento normativo del MINSA con el que por escrito se define de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas y asistenciales(...);



Que, el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia con Proveído N°047-2024-DGO-HONADOMANI.SB adjuntando la Nota Informativa N°013-2024-SMMF-DGO-HONADOMANI.SB hace suya la propuesta técnica formulada por el Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal "Guía de Procedimiento Asistencial de Parto por cesárea / Atención Extracción del feto en Podálico" y solicita a la Directora General su respectiva aprobación;



Que, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad con Nota Informativa N°027-2024-OGC-HONADOMANI-SB, se dirige a la Directora General y emite opinión favorable para continuar con el proceso de oficialización de la Guía Técnica descrita en el considerando que antecede;



Que, mediante Nota Informativa N°008-DA-2024-HONADOMANI-SB, la Directora Adjunta emita opinión favorable respecto a la "Guía de Procedimiento Asistencial de Parto por cesárea / Atención Extracción del feto en Podálico" y solicita la oficialización mediante resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N°060-2024-DG-HONADOMANI.SB, la Directora General solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Departamento de Gineco Obstetricia y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 862-2023-SA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica: "Guía de Procedimiento Asistencial de Parto por cesárea / Atención Extracción del feto en Podálico" del Servicio de Medicina Materno Fetal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé," compuesta de siete (07) folios, el cual debidamente visado forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- Disponer que el Departamento de Gineco Obstetricia, implemente la difusión y aplicación interna de la Guía Técnica aprobada en el Artículo 1 de la presente Resolución.

Artículo 3.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese



RLR/JMC/rpag
c.c.

- DA
- OGC
- DGO
- OAJ
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
.....
Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez
DIRECTORA GENERAL
CMP. 31393 / RNE: 14142



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"**

**DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA**

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
DE PARTO POR CESAREA/ATENCIÓN
EXTRACCIÓN DEL FETO EN PODALICO**

2024

ANEXO 1

FORMATO DE GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL RD N°219-2023-DG-HONADOMANI-SB

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1) PARTO POR CESÁREA /ATENCIÓN EXTRACCIÓN DEL FETO EN PODÁLICO		
CÓDIGO CPMS (2)	59514/59899	ÁMBITO DE APLICACIÓN (4) SALA DE OPERACIONES
VERSIÓN (3)	2024-V.01	*Institucional: (5) SI GINECO OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGÍA, NEONATOLOGÍA
		*Dpto. / Servicio: (6) GINECO OBSTETRICIA / MATERNO FETAL
OBJETIVO: (7) Extraer el feto en presentación podálica a través de una cesárea .		

CONSIDERACIONES GENERALES: (8)

Definición: (9) Extracción del feto vivo en podálico a través de la cesárea	
Indicaciones: (10) Pacientes en parto por cesárea donde el feto sera extraido en presentación podálica, incluye parto con presentación podálica, o transverso, gemelo podalico o transverso .	Complicaciones: (14)
	Hemorragia Puerperal, hematomas en sitio quirúrgico.
	Lesiones de víceras: vejiga, intestino
	Trauma obstétrico: con hipoxia fetal, fracturas en el feto, hemorragia subdural, lesión medular y de nervios
	Laceración fetal,
	Infección del sitio quirúrgico, Endometritis
Contraindicaciones: (11) NO	Síndrome adherencial, Acretismo placentario
* Absolutas : (12) NO	Requisitos previos: (15)
	Consentimiento Informado
* Relativas: (13) NO	Riesgo quirúrgico y analisis preoperatorios
	Paciente Hospitalizada

CONSIDERACIONES ESPECIFICAS: (16)

Descripción del Procedimiento: (17)			
N°	ACTIVIDAD (18)	RECURSO HUMANO (19)	TIEMPO (20) min
1	Ingreso de Paciente a sala de operaciones, colocación en posición decúbito dorsal sobre la mesa quirúrgica	Enfermera, técnica enfermería	4
2	Paciente bajo efecto anestésico y con control anestesiológico	anestesiologo, técnica de enf.	20
3	Administrar antibiótico profilaxis antes de la incisión en piel: cefazolina 2g EV, si es alérgica clindamicina 600mg	anestesiologo	3
4	Lavado de manos quirúrgico y vestir con mandil quirugico y guantes	Gineco Obstetra GO, residente, Instrumentista:	10
5	Preparación de mesa quirúrgica	Instrumentista: enfermera o residente o interno medicina	4
6	Listado de verificación quirúrgica, salvo emergencia extrema.	enfermera circulante, GO, anestesiólogo	2
7	Asepsia y antisepsia del área abdomino perineal, uso de Clorhexidina o productos yodados. Evacuación vesical, colocación de catéter vesical con bolsa colectora de orina.	GO ó residente, técnica de enfermería	4
8	Colocación de campos estériles, equipo de aspiración y electrobisturí	GO , residente, Instrumentista	1
9	Incisión en piel con bisturí: Mediana Infraumbilical ó Joel Cohen ó Pfannenstiel.	GO , residente, Instrumentista	1
10	Incisión y disección c/s electrobisturí del tejido celular subcutáneo, aponeurosis y músculo, hasta cavidad.	GO , residente, Instrumentista	4
11	Separación por tracción controlada de la pared abdominal en sentido transversal a la paciente.	GO , residente,	1
12	Colocación de valva suprapúbica, incisión Segmentaria Transversa Baja (Kerr) o Incisión Corporal vertical (clásica).	GO , residente, Instrumentista	1

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

M.C. IVÁN GABOR REYES ARMAS
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
C.M.P. 45881 - R.N.E. 22804

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

I.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal.
C.M.P. 25807 - R.N.E. 19756

13	Se rompe la bolsa y se explora la presentación para su extracción, en caso de situación transversa dorso superior se busca uno o ambos pies y se le aproxima a la incisión convirtiéndose en presentación podálico	GO , residente, Instrumentista	1
14	<u>Extracción de dos pies:</u> se coje los 2 pies con los dedos a manera de anillo a nivel de los tobillos, se realiza tracción para exteriorizarlos fuera del útero. En caso de 1 solo pie se exterioriza hasta la cadera y se puede coger la cadera con dos dedos y extraer la otra pierna.	GO , residente,	2
14A	<u>Extracción de nalgas:</u> el médico que realiza la extracción utiliza los dedos índices colocados en la flexion de muslos con el tronco a nivel de las espinas iliacas antero superiores, se realiza tracción para exteriorizar primero nalgas y luego extremidades inferiores .	GO , residente,	repetido
15	Para continuar con extracción se sujetará el feto utilizando una gasa grande sobre llos muslos y cadera del feto evitando que se resbale, éste debe sujetarse con dos manos, cada mano rodea un muslo y los pulgares sobre la articulación sacro iliaca, se evita traumatismos en organos abdominales del feto. Se debe procurar tener el dorso del feto hacia arriba y abdomen hacia abajo. Cuando se exterioriza el ombligo con el cordón hay que considerar el tiempo de extracción hasta la salida de la cabeza en 3 min como máximo.	GO , residente, Instrumentista	1
16	Para exteriorizar los miembros superiores: se realiza tracción rotativa suave y constante, no intentar extraer extremidades hasta visualizar axila , se visualizará la posicion de los omoplatos para interpretar la posición de los brazos: extendidos hacia arriba o pegados al tronco, se gira 90 a 100 grados mostrando el hombro, de no observarse el brazo con antebrazo se realizará maniobras para la salida de miembros superiores como: Maniobra de Rojas-Lovset , girando 180 grados en sentido opuesto, siempre dorso del feto arriba o lateral, exteriorizado el miembro superior opuesto puede requerir el movimiento del brazo para liberar codo antebrazo y mano.	GO , residente	1
16A	<u>Las extremidades superiores en posición occipita tomará más tiempo:</u> ambos brazos extendidos hacia la nuca lleva a riesgo de fractura de humero en el momento de movilizar el miembro superior por la cara ventral del feto, usar Maniobra de Pajot , ver ANEXOS. Si persiste dificultad considere ampliar la histerotomía en T invertida o en jota J.	GO , residente	*3
17	Para la salida de la cabeza puede usar Maniobra de Bratch o Maniobra de Mouriceau, su uso para la extracción de la cabeza en ceárea se emplean según experiencia del médico encargado del procedimiento. Ver ANEXOS	GO , residente	2
18	Clampaje tardio del cordón umbilical luego de 30 segundos o proceder a ordeñarlo y clampar entergando el recién nacido a equipo de neonatología.	GO , residente, Instrumentista, Neonatólogo, enf.de neonatología	1
19	Alumbramiento mediante tracción controlada del cordón umbilical y expresión manual uterina.	GO , residente	1
20	Exteriorizar el utero (opcional) , introducir una mano dentro del útero, a través de la incisión, y otra por fuera en el fondo uterino y traccionar de forma controlada hacia afuera. Revisión de la cavidad con compresa quirurgica estirada grande.	GO , residente, Instrumentista	2
21	Colocación de pinzas de aprehensión en los extremos de la histerotomía para controlar sangrado y verificar permeabilidad del cervix.	GO , residente, Instrumentista	1
22	Histerorrafia en 2 planos, o en 3 planos si es una histerotomía clásica; usar sutura catgut crómico 1 .	GO , residente, Instrumentista	6

23	Revisión de hemostasia y recuento de gases y compresas,	GO , residente, Instrumentista, técnica enfermería circulante	2
24	No suturar peritoneo visceral ni parietal de preferencia, de hacerlo usar catgut crómico 2/0	GO , residente, Instrumentista	1
25	Según criterio del cirujano afrontar peritoneo parietal y músculos recto abdominales con catgut crómico 2/0, asegurar prolijamente la hemostasia.	GO , residente, Instrumentista	4
26	Suturar aponeurosis con poliglactina 1, con sutura continua.	GO , residente, Instrumentista	3
27	Afrontar TCSC si este tiene un espesor de >2cm, con catgut crómico 2/0	GO , residente, Instrumentista	2
28	Sutura de piel con nylon monofilamento 3/0 (futuro retiro de éste en 7 á 10 días)	GO , residente, Instrumentista	4
29	Colocación de apósito sobre la herida operatoria	GO , residente, Instrumentista	1
30	Retiro de guantes e higiene de manos .	GO , residente, Instrumentista	1
31	Traslado de paciente a recuperación	Enfermera, Técnica de Enfermería	4

(21) Tiempo TOTAL del procedimiento: 95

(21) Tiempo TOTAL del procedimiento en dificultad de extracción: 97

Puede extender el tiempo por dificultades en: colocar anestesia, cesarea iterativa, adherencias, obesidad, control de hemostasia, ligadura de trompas, suturas compresivas de utero.

RECURSOS MATERIALES

N°	Productos Farmacéuticos (22)	Unidad de Medida (23)	Código SISMED (24)	N° de Unidades (25)
1	Cefazolina 1 gr frasco ampolla	frasco ampolla	01639	2
2	Cloruro de sodio 0.9% 1000cc frasco	frasco	05873	2
3	Dextrosa 5% 1000 cc frasco	frasco	03789	1
4	Oxitocina 10 UI 1cc ampolla	ampolla	05253	3
5	Clorhexidina 4% espuma líquido	frasco	31593	
6	Yodo povidona 10% espuma, fco 60 cc	frasco		
7	Yodo povidona 10% solución, fco 60 cc	frasco		

DISPOSITIVOS MEDICOS (26)

N°	NOMBRE (27)	unidad de Medida (28)	Codigo SISMED (29)	N° de Unidades (30)
1	Equipo venoclisis	unidad	10929	1
2	Llave triple via	unidad	16737	1
3	Cateter EV periférico N°18	unidad	10467	1
4	Aposito transparente adhesivo 6cm x7cm (para fijar via)	unidad	10302	1
5	Sonda foley 2 vias N° 16 x 5	unidad	17030	1
6	Bolsa colectora de orina adulto 2 lt.	unidad	10363	1
7	Jeringa hipodérmica descartable de 10cc C/A 21Gx1 1/2" (para llenado de globo de sonda)	unidad	11368	1
8	Gasa esteril (10x10cm) x 5 unidades (limpieza)	paquete de 5	27749	2
9	Guantes estériles 4 (solo equipo quirúrgico 1 limpieza, 3 cirugía) N° 6 1/2 y 7 1/2	un par	16569 / 16571	4
10	Canula Yankauer + tubo de aspiración	unidad	24335 +	1
11	Placa de retorno indiferente adulto	unidad	20147	1

MINISTERIO DE SALUD
HONORARIO SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
M. C. IVÁN GABOR REYES ARMIAS
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
C.M.P. - 45831 - R.N.E. - 22604

MINISTERIO DE SALUD
HONORARIO SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal
C.M.P. - 25507 - R.N.E. - 19756

12	Lapiz monopolar de electrobisturí con 3 entradas	unidad	11395	1
13	Hoja de bisturí N° 21 ó (20 a 23)	unidad	16602	1
14	Gasa esteril (10x10cm) x 5 unidades (cirugia)	paquete de 5	27749	4
15	Compresa de gasa quirúrgica radiopaca esteril 48cmx48cm x 5 unidades	paquete de 5	20286	2
16	Sutura absorbible Catgut crómico N°1 con aguja MR 35 ó 40	sobre	12010	1
17	Sutura absorbible Catgut crómico N°1/0 con aguja MR 35 ó 40	sobre	12011	1
18	Sutura absorbible Catgut crómico N° 2/0 con aguja MR 25 ó 30	sobre	18886	1
19	Sutura absorbible poliglactina N°1 con aguja MR 35	sobre	22175	1
20	Sutura no absorbible Nylon azul monofilamento N°3/0 con aguja TC 20	sobre	12221	1
21	Aposito adhesivo transparente de 9cm x 20cm (cubrir herida operatoria)	unidad	27352	1
22	Jeringa hipodérmica descartable 10cc C/A 21Gx1 1/2" (para administración de medicamento)	unidad	11368	1
23	*Insumos de Anestesia epidural y/o raquídea	*		*
24	*Insumos de atención del Neonato	*		*

INSUMOS (31)

N°	NOMBRE (32)	unidad de Medida (33)	Código SIGA (34)	N° de Unidades (35)
1	Clorhexidina con dispositivo a circuito cerrado con pedal 4% x 1 lt	frasco	31593	
2	Papel bond (reporte operatorio)			
3	Formatos de checklist quirúrgico, registros de anestesiología, registros de enfermería,			
4	Toner de impresora lasser			

N° de ACTIVIDAD (36)	MOBILIARIO (37)	EQUIPOS BIOMEDICOS y/o DE COMUNICACIONES (38)	INSTRUMENTAL (39)	
3 a 32	MESA QUIRÚRGICA	EQUIPO DE ELECTROCAUTERIZACIÓN	CAJA DE INSTRUMENTAL DE CESAREA	PINZA FOERSTER 24 CM (4)
8 a 32	MESA DE MAYO	EQUIPO DE ASPIRACIÓN	MANGO DE BISTURI N°4	SEPARADORES FARABEAUF
8 a 32	MESA EN MEDIA LUNA PARA DE INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MEDICOS	EQUIPO DE ANESTESIA	PINZAS DE CAMPO (4)	VALVA MALLEABLE ANCHA
33	CAMILLA DE TRASLADO	CIALÍTICA DE TECHO CON DOS CABEZALES	PINZAS DE KELLY CURVAS 14 CM (6)	VALVA DOYEN ABDOMINAL
4 a 32	MESA RODANTE DE MATERIALES DE ANESTESIA	MONITOR MULTIPARÁMETRO	PINZAS ROCHESTER 18 CM (2)	RUÑONERA
1 a 32	MESA DE MATERIALES DE CIRUGIA	SERVICUNA	PINZAS ALLIS 15 CM (2)	PINZA BARCOCK (2)
1 a 32	2 SILLA TIPO BANCO (anestesiologo, enfermera circulante)	IMPRESORA LASER	PINZA ROCHER 18 CM (2)	BOLO ANESTESIOLOGICA 50KCC (2)
			TUERA DE METZEMBAUM CURVA	PINZA FOERSTER 24 CM (1) LIMPIEZA DE ZONA COX
			TUERA DE MAYO CURVA	BANDEJA QUIRÚRGICA 20 X 30 (EQUIPO DE LIMPIEZA)
			TUERA RECTA DE HILOS	
			PORTA AGUJA MAYO HEGAR 18 CM LARGO	
			PORTA AGUJA 14 CM	
			PINZA DISECCION 18CM	
			PINZA DISECCION 14 CM	
			PINZA DISECCION CON GARRA 18CM	*EQUIPO PARA ANESTESIA REGIONAL EPIDURAL
			PINZA DISECCION CON GARRA 14 CM	*EQUIPO DE ATENCIÓN DEL NEONATO

MINISTERIO DE SALUD
HON. DOMINICANA "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

M. C. IVÁN GABOR REYES ARMAS
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
C.M.P. 45881 - R.N.E. 22604

MINISTERIO DE SALUD
HON. DOMINICANA "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
e del Servicio de Medicina Materno Fetal
C.M.P. 24,507 - R.N.E. 19759

Registros (40)
Reporte operatorio (Cirujano, ayudante)
Registro del check list de la Cirugía (Enfermera de Sala de Operaciones) (firma de Cirujano, Anestesiólogo, Enfermera)
Registro de anestesia (Anestesiólogo)
Registro de enfermería de sala de operaciones (Enfermera de SOP)
Registros de tratamiento post quirúrgico (Cirujano, Ayudante)
Registro de ordenes de anatomía patológica, análisis, recetas (Cirujano , Ayudante)
Recomendaciones (41)
* Los procedimientos de Anestesiología y recusos materiales corresponden a otra guía.
* Los procedimientos de atención del Neonato y materiales corresponden a otra guía.
ANEXOS (42)
ANEXO: RECOMENDACIONES Y MANIOBRAS PARA ATENCION DE PODALICO
Recomendaciones antes de iniciar el procedimiento de extracción en podálico, tener la camilla baja para realizar maniobras con más comodidad, la incisiones de pared abdominal deben ser amplias para un espacio que facilite la salida del feto, si se requiere ampliar la sección del utero puede realizarse segmento corporal (en forma de T invertida) o extendida (en forma de J). En gestaciones pretérmino considerar incisiones longitudinales en el utero.
Las maniobras para extraer el feto son semejantes al parto podálico vaginal que datan desde del siglo 17 y se describen en los textos para atención del parto podálico. Se inicia en el momento de la Cesarea luego de la incisión segmentaria transversa baja del utero para extracción del Feto. Importante: considere ampliar en T invertida si considera necesario para facilitar salida y evitar complicaciones . Se rompe la bolsa amniótica y se explora la presentación para su extracción, esta puede ser extracción de nalgas o extracción de 1 o dos pies.
Las maniobras de extracción fetal se harán de forma pausada, sin precipitación, aplicar los fundamentos de la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal. En la presentación podálica, las probabilidades de lesión y trauma obstétrico fetal son cuatro veces mayores que cuando la presentación es cefálica. Los traumatismos obstétricos que se producen durante el parto vaginal de la presentación podálica no siempre son evitables con la realización de una cesárea.
Considerar tiempo de 5 min desde la salida de nalgas hasta la cabeza, son signos de compromiso fetal ausencia de tono fetal y color no rosado. ocurren por la compresión del cordón en el canal pélvico especialmente por la cabeza. Atención: los tiempos señalados corresponden a parto vaginal donde la cabeza comprime cordón en el canal pelvico, para cesarea el cordón sera comprimido por los bordes del utero con el cuerpo o la cabeza del feto.
Si las extremidades superiores están extendidas se incrementan los riesgos de trauma obstétrico por las maniobras, y asfixia por que se incrementa el tiempo de extracción, se requiere descender el miembros superior por delante del feto. Mediante maniobra de Pajot , la mano debe ingresar a la cavidad para mover la extremidad, mano izquierda para extremidad derecha y mano derecha para extremidad izquierda, dedo pulgar en axila y dedos índice y medio a lo largo del brazo hasta la flexura del codo, como si fuera una ferula, no usar los dedos como gancho, movimiento suave para pasarlo por delante de la cara para exteriorizarlo, para la otra extremidad de rotara 180 grados y se repetirá la movilización de la extremidad de la misma manera. Esta maniobra esta descrita para parto podálico vaginal, de igual manera tiene riesgos de fractura de húmero o clavícula. Observacion: en parto vaginal podálico se procura evitar una tracción rápida del feto que origine que las extremeidades se proyecten hacia la cabeza fetal favoreciendo posición de extremidades extendidas, en cesarea la tracción es indispensable para la salida del feto implicando los riesgos señalados.
La posición natural para la salida de la cabeza es Occipicio anterior en contacto con la cara interna del pubis materno (parto vaginal posalico). El movimiento que debe ocurrir es la flexión de la cabeza, mentón al pecho, pivotear sobre el pubis y mostrar la aparición de boca nariz cara. Las Manobras para extraer la cabeza en la cesarea deben orientarse a tener esta posición y realizar esos movimientos. El tronco del feto es elevado del plano horizontal y la cabeza debe tener flexion de menton al pecho. Maniobra de Bratch y maniobra de Mauriceau, estan descritas para la salida de la cabeza en un parto Vaginal. Su uso en la extracción de la cabeza en cesarea se empezaron según la experiencia del médico encargado del procedimiento.
Maniobra de bratch puede ser utilizada tambien para la salida de miembros superiores y la cabeza. El obstetra rodea con ambos manos las nalgas del feto en forma de cinturón y se lo incurva de modo de hacer girar su tronco, lentamente sin tirar, alrededor de la sínfisis del pubis, mientras que un ayudante ejerce la acción propulsora desde el abdomen, una presión firme y sostenida sobre la cabeza fetal. El tocologo solo orienta al feto exagerando su lordosis. Cuando los brazos se desprenden el ayudante sigue
Maniobra de Mauriceau-Smellie-Veit. Este procedimiento es descrito con algunas variaciones; implica presión suprapúbica por parte de un ayudante a sobre el útero materno, el operador principal inserta el brazo diestro (habil) para introducir los dedos índice y medio en la boca , variación: maniobra de Pinard: los de dos van sobre apofisis cigomatica del maxilar superior , a los lados de la nariz, evita el riesgo de luxación del maxilar inferior. El torax del feto va sobre la palma de la mano. La otra mano va sobre los hombros, dedos medio e índice abiertos (variacion: el dedo medio en la region sub occipital), los dedos no deben arquearse ni servir para traccionar. El movimiento que debe realizar es flexión de la cabeza, menton al pecho, y traccion suave para levantar el feto, ambas manos actuan de manera simultanea. La cabeza es guiada con tracciones suaves hasta su expulsión. Maniobra descrita para parto vaginal.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
M.C. IVAN GABOR REYES ARMAS
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
C.M.P. 45881 / R.N.E. 22624

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
M.C. GUIDO ZAMUDIO ROBRIGUEZ
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal
C.M.P. 25907 / R.N.E. 19758

Maniobra Burns-Marshall- En esta se coloca al bebé colgando por su propio peso, y la presión suprapúbica se da con la mano plana en dirección hacia abajo y hacia atrás, cuando se ve la nuca, se agarra el tobillo del bebé con la mano, colocando el dedo entre los dos pies, luego mantenga la tracción formando un amplio arco circular y lleve las extremidades y el tronco en dirección hacia arriba y hacia adelante. Maniobra descrita en parto vaginal.

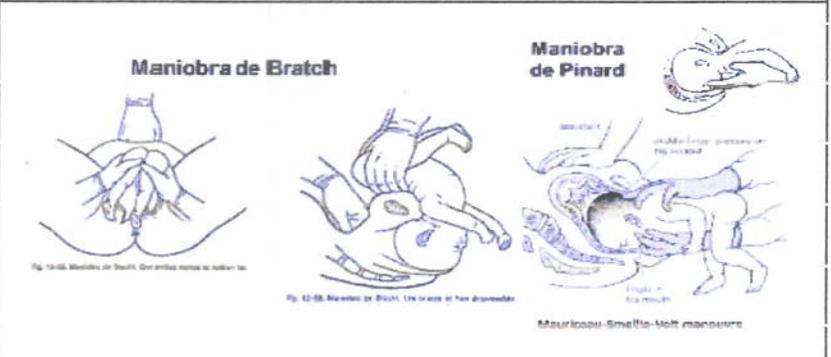
Maniobra de Praga para la salida de la cabeza fetal: una mano toma los pies, tracción hacia abajo y luego hacia arriba hasta colocar el dorso sobre el vientre materno, la otra mano sobre los hombros con los dedos índice y medio en forma de horquilla. el ayudante hace presión sobre la cabeza del feto desde el abdomen materno. Esta maniobra puede efectuarse con la cabeza en occipito sacra. maniobra de parto podálico vaginal.

El médico encargado de la extracción debe estar familiarizado con las maniobras a realizar y utilizará las de su experiencia y preferencia personal. En la formación de la atención del parto podálico debe realizarse un entrenamiento apropiado que incluye un simulador.

BIBLIOGRAFIA (43)

1. Protocolo Obstetricia CESAREA Centro de Medicina Maternofetal y Neonatal de Barcelona (BCNatal); Hospital Clínic - Hospital de Sant Joan de Déu © Copyright 2023 Medicina Fetal Barcelona. 6.3. EXTRACCIÓN FETAL 6.3.2. Presentación fetal podálica:
2. Parto de nalgas-sego-2001
- 2a. Parto en la presentación de nalgas a termino. Protocolo actualizado feb 2011 SEGO
3. Management of Breech Presentation # 2017 Royal College of Obstetricians and Gynaecologist
4. MIDIRS - Midwives Information & Resource Service Evans J. Understanding physiological breech birth. 2012;3:17–21.
5. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies Copyright © 2017 by Elsevier, Inc.
6. Procedimiento Especifico Intervención Cesárea COD. PE-OBS-22 2012
7. Obstetricia de Schwarcz 6ta Edición 2005
8. Obstetricia y Medicina fetal L.Cabero Roura 2007
9. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica 2002 GILSTRAP 3
10. Williams Obstetrics 26th Edition 2022 DR. F. Gary Cuningham
11. Obstetricia de AltoRiesgo Paulino Vigil de Gracia 2012
12. Operative Obstetrics 4th Edition 2017 Joseph J. Apuzzio
13. JOGC N° 226 JUN 2009
14. Operatoria Obstétrica Cabero, Saldivar 2009

ANEXO: IMÁGENES DE MANIOBRAS PARA ATENCION DE PODALICO



MINISTERIO DE SALUD
HONORARIOS "SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

M.C. IVAN GABOR REYES
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
C.M.P. 45691 - R.N.E. 2804

MINISTERIO DE SALUD
HONORARIOS "SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

C. GUIBO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal
C.M.P. 26507 - R.N.E. 19756

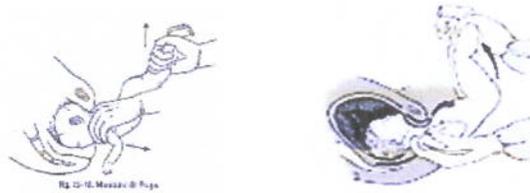
Maniobra de Rojas-Lovset



Maniobra de Pajot



Maniobra de Praga



Rg. 12-18. Muzzari & Pajot

ANEXO: COMPLICACIONES

Trauma obstétrico entendido tanto como **lesión de origen mecánico**, como afectación por **hipoxia fetal**. En la presentación podálica, las probabilidades de lesión y trauma obstétrico fetal son cuatro veces mayores que cuando la presentación es cefálica. Los traumatismos obstétricos que se producen durante el parto vaginal de la presentación podálica no siempre son evitables con la realización de una cesárea. Los más frecuentes son: – Óseos: fractura de clavícula, húmero y fémur. – Sistema nervioso central: hemorragia subdural (incidencia diez veces superior que en el parto en presentación cefálica). – Medulares: se asocian en un 75% de los casos a partos vaginales en podálica, se localizan en el segmento cervical inferior o torácico superior. – Nervios periféricos: lesión del plexo braquial: proximal (parálisis de Erb-Duchenne) o distal. Este traumatismo obstétrico es el segundo en frecuencia, después de la fractura clavicular por distensión del cuello. APGAR bajo menor de 7,

"Hubo dificultad para la extracción de cabeza, hombros, brazos o cuerpo, observando un 4,6% en el grupo de Parto Vaginal frente al 2,1% en el grupo de Cesarea Electiva". Esta última cifra es importante, pues demuestra la ausencia de inocuidad traumática de un parto de nalgas por vía abdominal.

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

M.C. IVÁN GABOR REYES ARMAS
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
C.M.P. 45881 - R.N.E. 22604

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

M.C. GUIDO ZAMUDIO RODRIGUEZ
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal
C.M.P. 25507 - R.N.E. 19796