

PROTOCOLO VALORACIÓN ECOGRÁFICA INTRAPARTO

Servicio de Medicina Materno-Fetal.
Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN:

Extensa evidencia científica indica que el examen pélvico digital para la determinación de la presentación fetal durante el parto no es preciso y puede tener implicaciones importantes en la decisión del tipo de parto.

Estudios recientes sugieren, que el uso de la ecografía puede mejorar estos problemas proporcionando una serie de medidas objetivas de progresión de la cabeza fetal durante el parto.

En los partos instrumentados es fundamental conocer la posición de la cabeza fetal para la correcta aplicación del instrumento. El uso de la ecografía es de crucial importancia para la valoración de la variedad de la presentación antes de la realización de un parto instrumentado y puede ayudar en la predicción de un parto vaginal exitoso.

La evidencia científica disponible hasta el momento valora el papel de la ecografía transabdominal y transperineal en la segunda fase del parto (principalmente en variedades anteriores), en la predicción del tiempo de expulsivo y la progresión del parto.

El papel de la ecografía intraparto en casos de variedades occipito-posteriores es controvertido y difícil, debido al moldeamiento de la cabeza fetal y la dificultad de la valoración de las mediciones.

2. VALORACIÓN ECOGRÁFICA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO:

La segunda fase de parto se define como el período de tiempo desde que se consigue la dilatación cervical completa hasta la obtención del recién nacido.

Se define **expulsivo prolongado** en gestantes con anestesia peridural como ausencia de parto espontáneo antes de 3 horas en nulíparas o 2 horas en múltiparas.

La instrumentación en el parto se indica generalmente en casos de segunda fase de expulsivo prolongado o bien por otras indicaciones como sospecha de pérdida de bienestar fetal o indicaciones maternas (fiebre, alteraciones cardíacas, pulmonares, musculares...).

2.1. DETERMINACIÓN DE LA VARIEDAD DE LA CABEZA FETAL:

Mediante examen ecográfico transabdominal.

2.1.1. TÉCNICA:

- Vejiga vacía
- Colocación de la paciente en decúbito supino (sin pujos activos).
- El transductor transabdominal se sitúa de forma transversa en la región suprapúbica del abdomen materno.
- La variedad de la cabeza fetal se define mediante la visualización de las órbitas (occipito-posterior), la línea media cerebral (occipito-transversa) o el cerebelo (occipito-anterior).

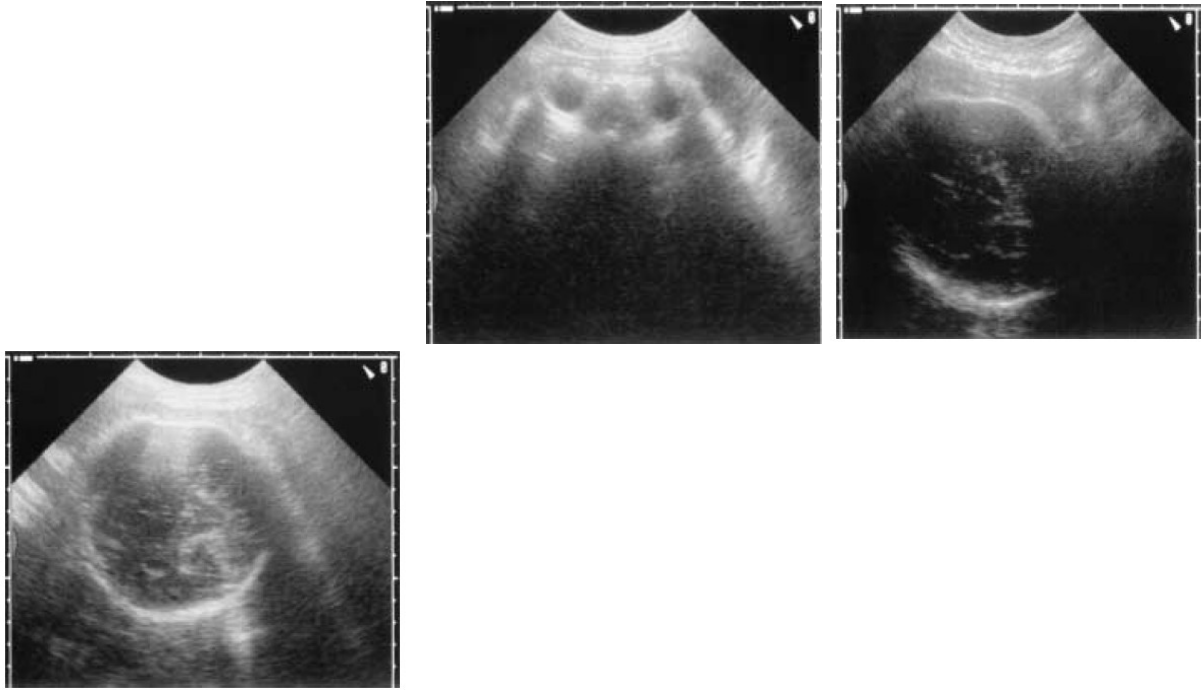
2.1.2. INTERPRETACIÓN:

Ejemplos:

1) Occipito-posterior

2) Occipito izquierda posterior

3) Occipito-izquierda transversa



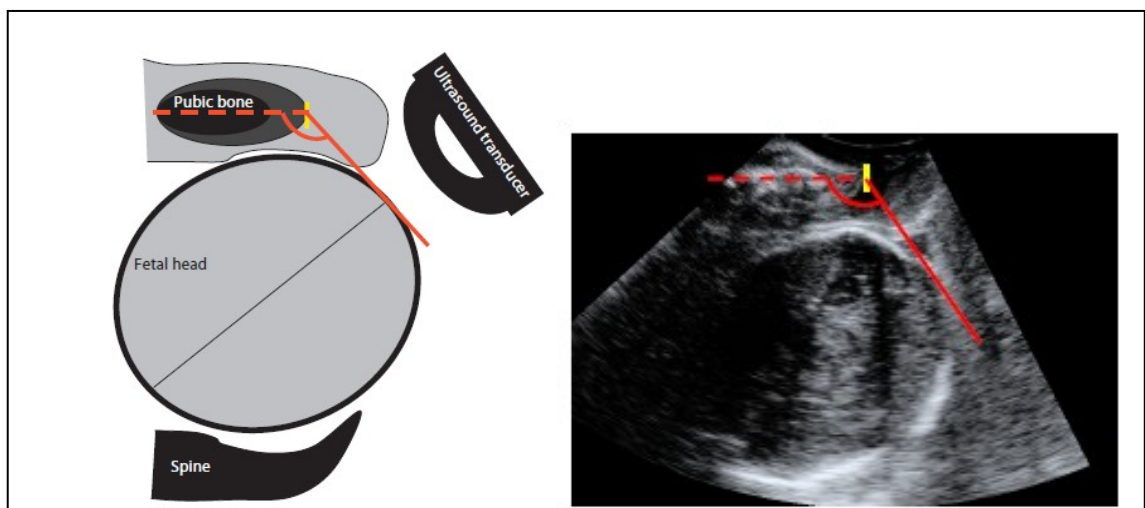
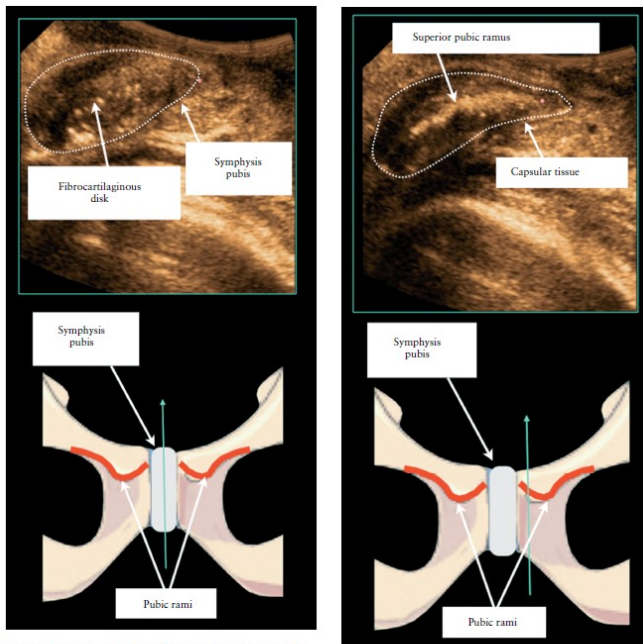
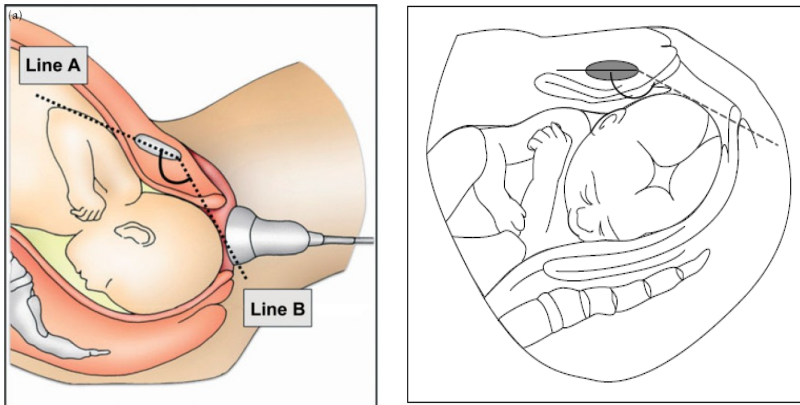
2.2. DETERMINACIÓN DEL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL:

ÁNGULO DE PROGRESIÓN:

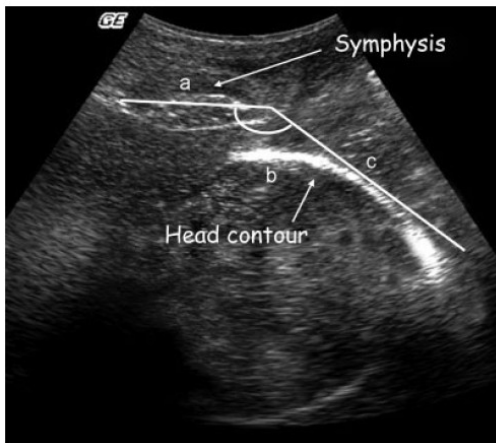
Se describe como el ángulo obtenido tras dibujar una línea a través de la sínfisis púbica y una línea desde el vértice inferior de la sínfisi púbica tangencialmente a al contorno de la parte anterior de la calota fetal.

2.2.1. TÉCNICA:

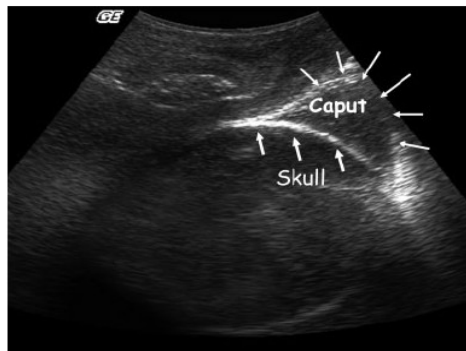
1. Vejiga vacía y paciente en decúbito supino (sin pujos activos).
2. Mediante examen ecográfico transperineal / translabial.
3. El transductor transabdominal se recubre con una funda de látex y gel ecográfico y se sitúa entre los labios vulvares debajo de la sínfisis púbica en posición media-sagital.
4. En el corte sagital obtenido, mediante movimientos suaves del transductor hacia arriba, se puede determinar el eje mayor de la sínfisis del pubis e identificar sus extremos. En este mismo plano mediante suaves movimientos laterales se puede distinguir fácilmente la parte anterior de la cabeza fetal.
5. En la imagen sagital se dibuja una línea a través del eje longitudinal de la sínfisis púbica.
6. Se dibuja una segunda línea que se extiende desde la parte más inferior de la sínfisi del pubis, tangencialmente al contorno del cráneo del feto.
7. Medición del ángulo entre las líneas construidas: directamente en la pantalla (PowerVision6000).



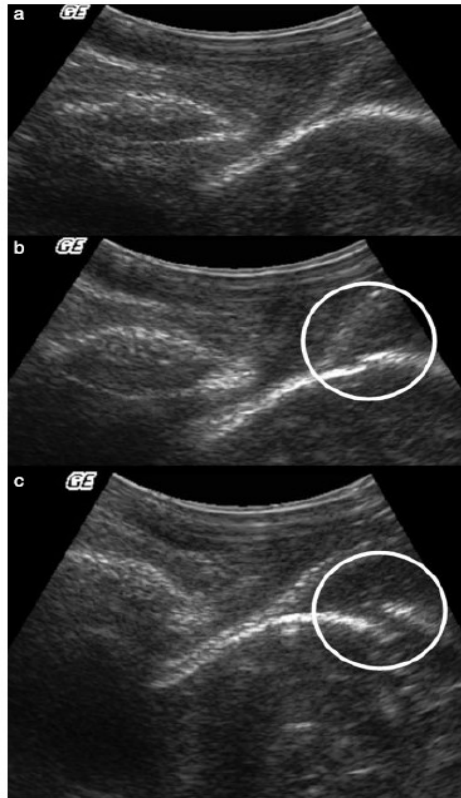
- Imagen transperineal (vista sagital) que muestra el eje largo de la sínfisis del pubis (a), el contorno de la cabeza fetal (b) y la línea que se extiende desde el punto más inferior de la sínfisis tangencialmente al contorno del cráneo del feto.



- Imagen transperineal (vista sagital) que muestra el tumor del parto, identificación clara del cráneo y del tumor de parto.



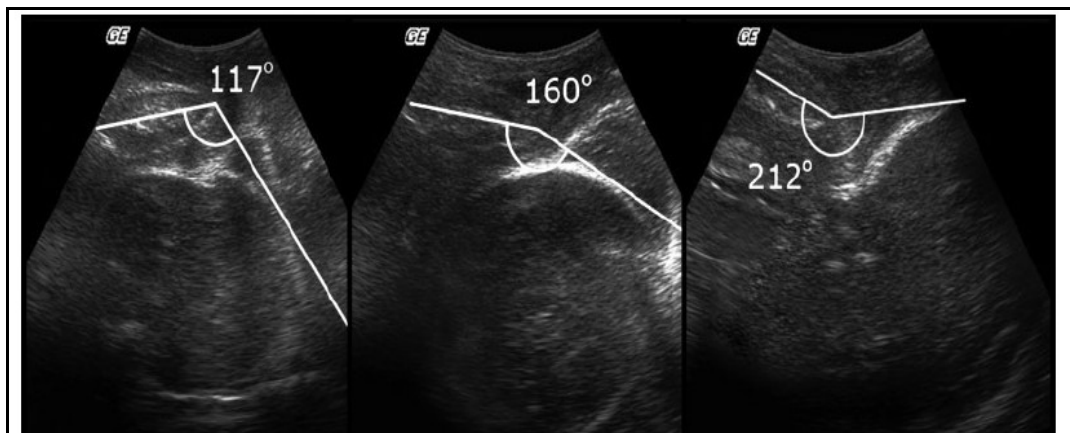
- Imagen transperineal (vista sagital) que muestra el moldeado, acabalgamiento de la cabeza fetal: ausente (a), mínimo (b), marcado (c).



2.2.2. INTERPRETACIÓN DE LA MEDICIÓN DEL ÁNGULO DE PROGRESIÓN:

- Un ángulo de progresión \geq de 120° es un predictor excelente de parto vaginal (90% de los casos).
- Se caracteriza por presentar una correcta variabilidad intra e inter-observador ($<3^\circ$).
- Si existe un segundo período del parto prolongado y el ángulo de progresión es $\geq 120^\circ$ opción a parto vaginal espontáneo.

Ejemplos:



3. INDICACIONES VALORACIÓN ECOGRÁFICA INTRAPARTO: (algoritmo 1)

Se realizará una ecografía intraparto en los siguientes casos:

1. Antes de cualquier instrumentación (siempre que no sea urgente) e independientemente de la variedad de la cabeza fetal tras exploración clínica vaginal, se realizará una valoración ecográfica de la variedad fetal.

2. En todas las gestantes en las que se objetive una **segunda fase de parto prolongado y una variedad anterior** por exploración clínica y **se cumplan condiciones para parto instrumentado** (dilatación completa + presentación fetal en III plano de Hodge), se realizará una exploración ecográfica:

Ecografía transabdominal: Valoración ecográfica de la variedad fetal

Ecografía transperineal: Medición del ángulo de progresión de la cabeza fetal

a) Si se confirma una variedad anterior y el **ángulo de progresión es $> 120^\circ$** , existe un 90% de probabilidades de parto vaginal (espontáneo o instrumentado), por lo que prolongaremos 1 hora más el expulsivo siempre que la FCF sea normal, a la espera de un parto espontáneo.

b) Si se confirma una variedad anterior y el **ángulo de progresión $< 120^\circ$** , dado que la probabilidad de evolución a un parto vaginal es muy baja, se indicará la instrumentación (forceps o vacuum según criterio clínico).

3. En todas las gestantes en las que se objetive una **segunda fase de parto prolongado** y una variedad anterior por exploración clínica y **no se cumplan condiciones para parto instrumentado**, se realizará una exploración ecográfica:

- Ecografía transabdominal: Valoración ecográfica de la variedad fetal

- Ecografía transperineal: Medición del ángulo de progresión de la cabeza fetal

a) Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión es $> 120^\circ$, existe un 90% de probabilidades de parto vaginal (espontáneo o instrumentado), por lo que prolongaremos 1 hora más el expulsivo siempre que la FCF sea normal, a la espera de un parto espontáneo o que se cumplan criterios de parto instrumentación.

b) Si se confirma una variedad anterior y el ángulo de progresión $< 120^\circ$, dado que la probabilidad de evolución a un parto vaginal espontáneo es muy baja, se indicará una cesárea en curso de parto

En todos los casos se deberá adjuntar la foto con las mediciones ecográficas en la HC (grapar en el partograma).

4. En todos los casos de **cesárea electiva** y cesárea en curso de parto por **parto estacionado** se realizará una ecografía transabdominal para valorar:

- Localización de la placenta
- Situación fetal
- Variedad de la cabeza fetal
- Segmento uterino (miomas, adenomiosis...)

Responsables del protocolo:

- *Aina Borrás*
- *Sandra Hernández*
- *Francesc Figueras*

Fecha última actualización: 15/5/11

Algoritmo 1:

