



MANIOBRAS
OBSTÉTRICAS
ILUSTRADAS I

2022

MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar
FIGUEROA SÁNCHEZ, Ibeth Catherine
MANRIQUE DE LARA SUÁREZ, Digna Amabilia
BALLARTE BAYLÓN, Antonio Alberto
TRUJILLO ATAPOMA, Pio



MANIOBRAS
OBSTÉTRICAS
ILUSTRADAS I

EDITOR

MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar

MANIOBRAS OBSTÉTRICAS ILUSTRADAS I

Autores:

- © **MELGAREJO FIGUEROA**, María del Pilar
- © **FIGUEROA SÁNCHEZ**, Ibeth Catherine
- © **MANRIQUE DE LARA SUÁREZ**, Digna Amabilia
- © **BALLARTE BAYLÓN**, Antonio Alberto
- © **TRUJILLO ATAPOMA**, Pio

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2022-11723

Primera Edición Digital: Noviembre, 2022

Publicación electrónica disponible en

<https://www.unheval.edu.pe/webs/repositoriounheval>

Editado por:

MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar

Dirección: Urb. Santa Seffora H – 24 Segundo Piso

Huánuco – Huánuco – Amarilis - Perú

ISBN: 978-612-00-5261-7



Derechos Reservados. Prohibida la reproducción de este Libro Virtual por cualquier medio total o parcial, sin permiso expreso de los autores.

DEDICATORIA

Dedicado a todo el personal profesional y
futuros profesionales de la carrera de
Obstetricia.

PRÓLOGO

El presente libro, se redactó para publicación en versión digital, teniendo como antecedente el libro de versión y publicación impresa “Maniobras Obstétricas Ilustradas”, publicada en el 2011, con el objetivo de brindar un instrumento de trabajo a nuestros obstetras y alumnos de obstetricia, quienes se encuentran en la primera línea de atención de las mujeres durante el parto.

Conocedores de que la Obstetricia es aquella parte de la medicina que trata la gestación, el parto y el puerperio; ésta requiere para un adecuado diagnóstico hacer uso de la semiología y propedéutica obstétrica; que permite evidenciar una serie de técnicas y maniobras para el diagnóstico y manejo oportuno en el propósito de salvaguardar la vida de nuestras gestantes y de su valioso producto. Continuando con la misma metodología y por la oportunidad de haber podido desarrollar nuestros conocimientos en el servicio asistencial; el texto trata de volcar nuestras experiencias de algunas maniobras esenciales para el manejo obstétrico y la solución de eventos de urgencia durante el ante parto, parto y después del parto; los mismos que sirvieron de base para la presentación del presente libro.

Se realizó, por lo tanto, una revisión exhaustiva; culminando en una guía ordenada de algunas maniobras que pueden ser utilizadas antes, durante y después del parto para reducir los errores en su aplicación, fortaleciendo de esta forma nuestras habilidades y capacidades para un buen diagnóstico y manejo adecuado en el parto y complicaciones obstétricas

Esperamos que este material sea de utilidad a nuestros alumnos y profesionales obstetras, ya que conseguir solucionar un determinado evento o urgencia mediante estas maniobras nos reconforta y nos satisface. Recalcamos que se debe manejar como una guía de procedimientos de las maniobras que encontraras en las bibliografías existentes sobre estos temas.

Los Autores

INDICE

CONTENIDO	Página
CAPÍTULO I	
MANIOBRAS OBSTÉTRICAS ANTES DEL PARTO	7
Maniobra Baumm	8
Maniobra Dedos Separados	9
Maniobra De Lee	10
Maniobra Hohchant	11
Maniobra Muller Hillis	12
Maniobra Pshyrembeel	13
Maniobra Schwarzenbach	14
Maniobra Surco del Cuello	15
Maniobra del Pulgar	16
CAPÍTULO II	
MANIOBRAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO	17
Maniobra Willson	18
Maniobra Bonnain	19
Maniobra Hodge	20
Maniobra Ritgen - Holshausen	21
Maniobra Ritgen Modificada	22
Maniobra Mc Roberts	23
Maniobra Rubin	24
Maniobra Jacquemier	25
Maniobra Tornillo de Woods	26
Maniobra Gaskin	27
CAPÍTULO III	
MANIOBRAS OBSTÉTRICAS DESPUÉS DEL PARTO	28
Maniobra Brandt Andrews	29
Maniobra Orengo	30
Maniobra Wagner	31
Maniobra Freund	32
Maniobra Dublín	33
Maniobra de Gasa	34
Maniobra Hamilton Externo	35
Maniobra Hamilton Combinado	36
Maniobra Zweifel	37
Maniobra Johson	38
Maniobra Sejournet	39
Referencias Bibliográficas	40

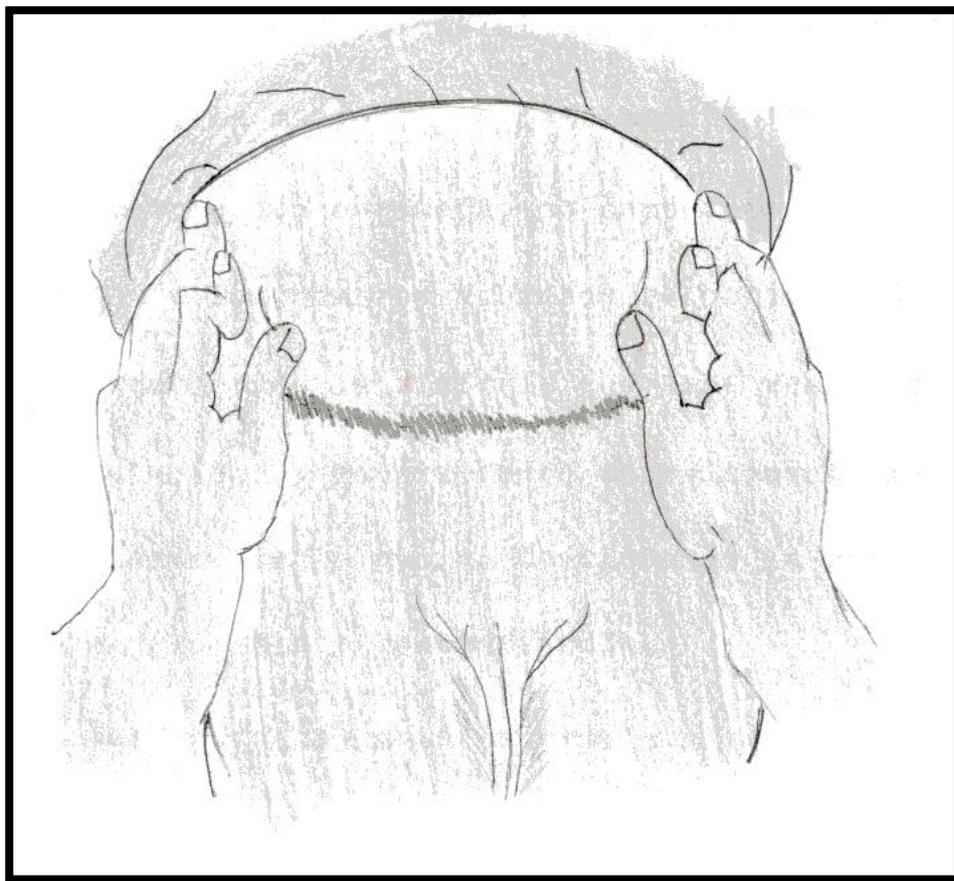
CAPÍTULO I

MANIOBRAS OBSTÉTRICAS ANTES DEL PARTO

MANIOBRA BAUMM

Se evidencia un cuadro de relieve formado por las crestas iliacas correspondiente a una pelvis normal. El examinador pone las últimas falanges de los pulgares sobre las espinas iliacas anterosuperiores y en cada lado los dedos índices y medio sobre ambas crestas iliacas; estos dedos se deslizan apretando por encima de dichas crestas óseas, de un lado a otro.

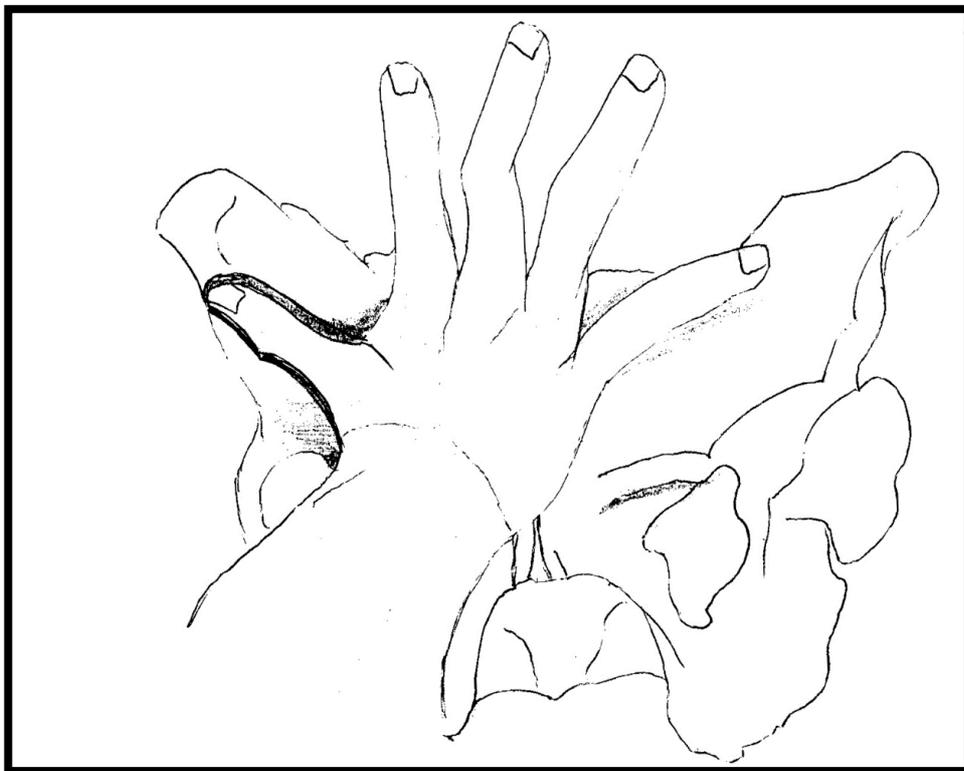
Figura 1



MANIOBRA DEDOS SEPARADOS

Permite reconocer si la distancia entre espinas iliacas es normal o es corta. Con los dedos fuertemente separados, se presiona el dedo pulgar sobre la espina iliaca anterosuperior, y con el dedo meñique se intenta llegar a la espina del lado opuesto. Si lo logramos, es prueba de que el diámetro biespinoso está disminuido. Es aplicable, hasta el 7° mes de embarazo, ya que en los meses siguientes el abombamiento del abdomen impide realizarlo.

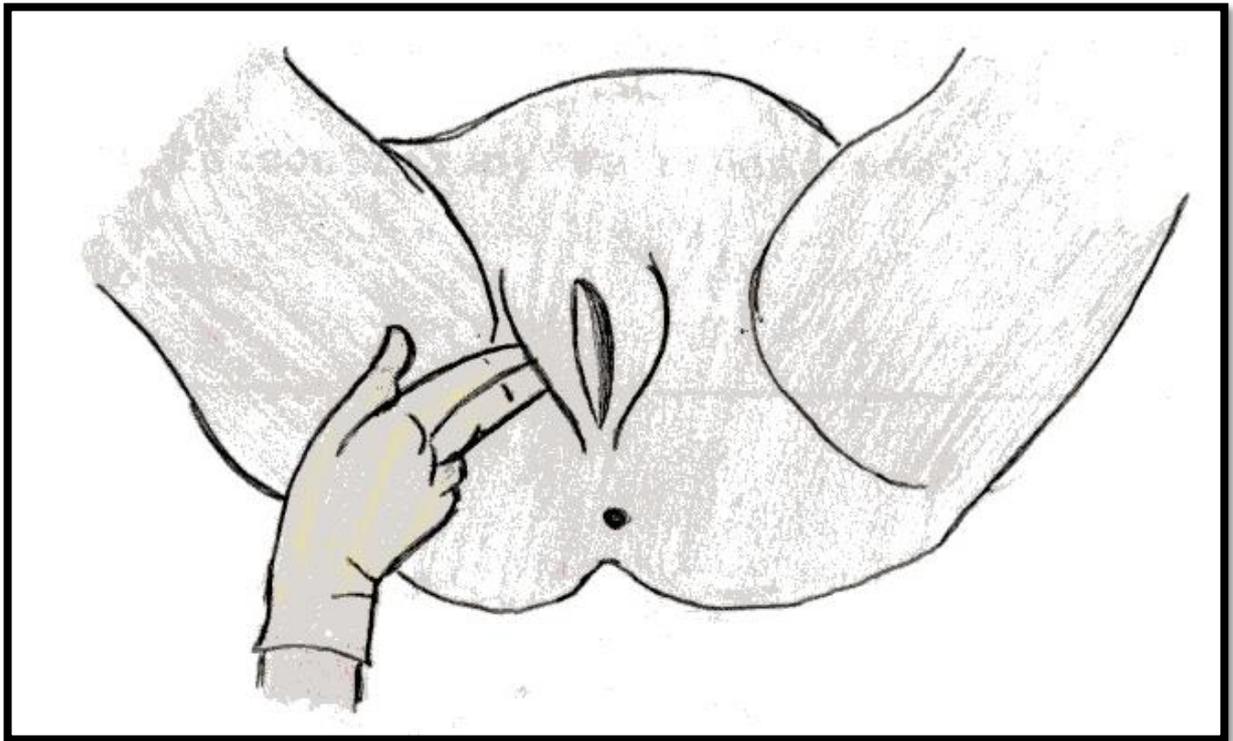
Figura 2



MANIOBRA DE LEE

Muestra cuando la cabeza ha llegado al suelo de la pelvis. El examinador presiona los dedos índice y medio hacia la profundidad, en la parte externa de uno de los labios mayores y se palpa la cabeza dura.

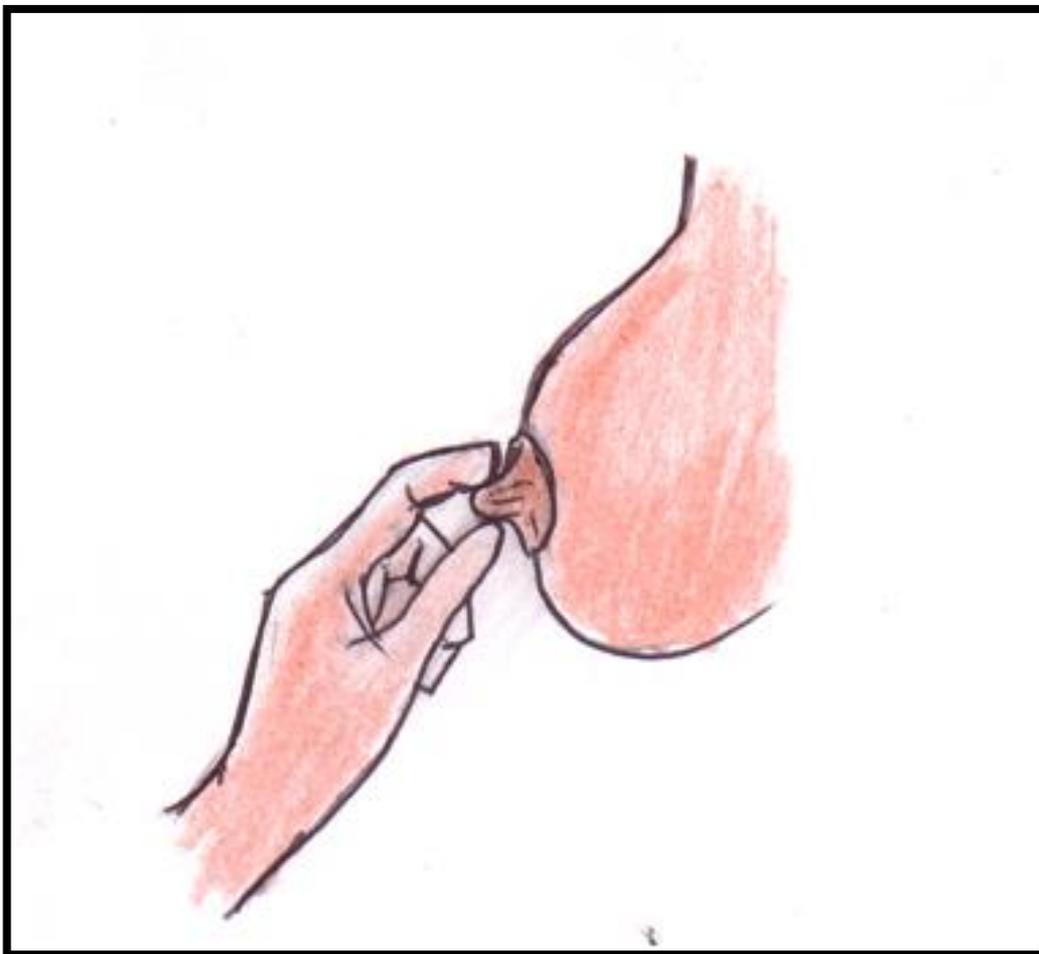
Figura 3



MANIOBRA HOHCHANT

La finalidad es de preparar los pezones para la lactancia materna. Los pezones de la mama se van jalando y friccionándolos de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo.

Figura 4



MANIOBRA MULLER HILLIS

Procedimiento usado para determinar la relación entre el tamaño de la cabeza del feto y el de la pelvis de la mujer, empujando el polo del fondo uterino hacia la pelvis.

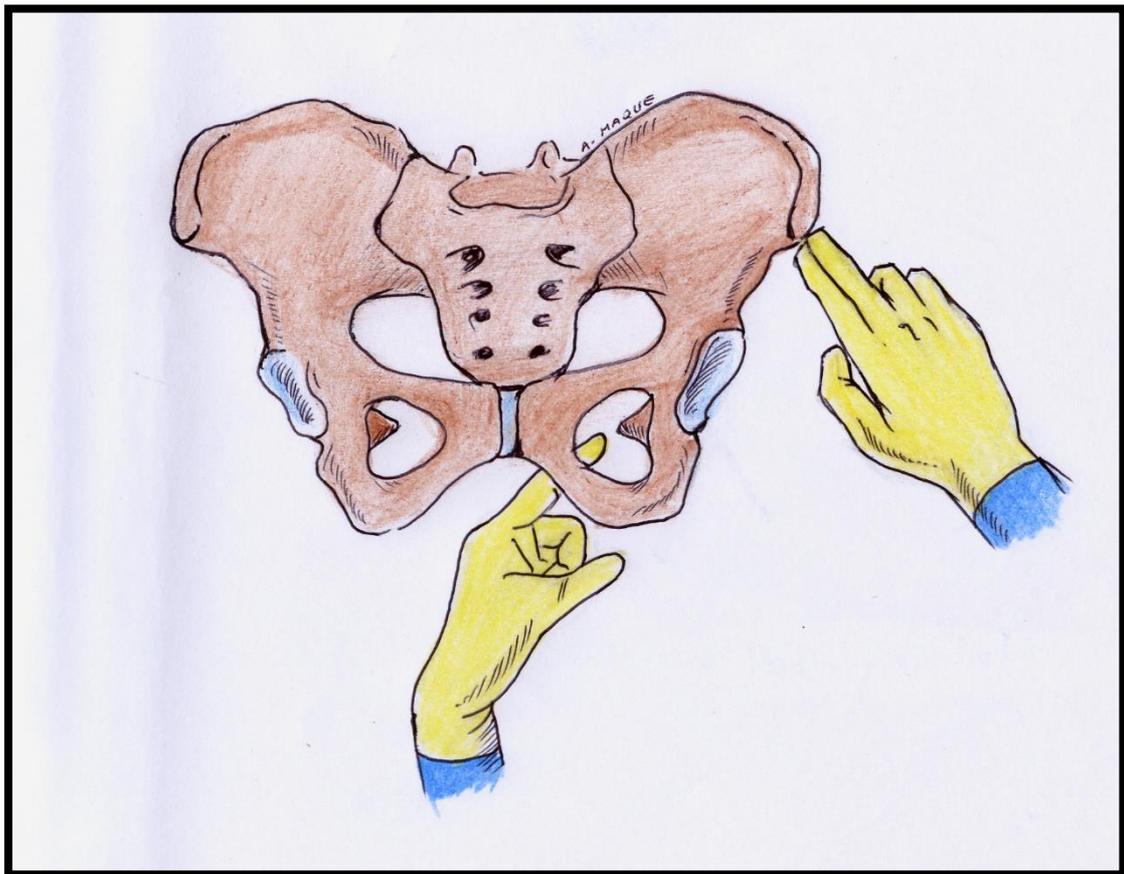
Figura 5



MANIOBRA PSHYREMBEEL

Facilita encontrar las espinas ciáticas. Con el dedo índice izquierdo por vía vaginal y con el dedo índice derecho por la vía libre se busca la espina iliaca anterosuperior izquierda se fija firmemente; el dedo interno recorre hasta llegar con seguridad y sin esfuerzo a la espina ciática izquierda.

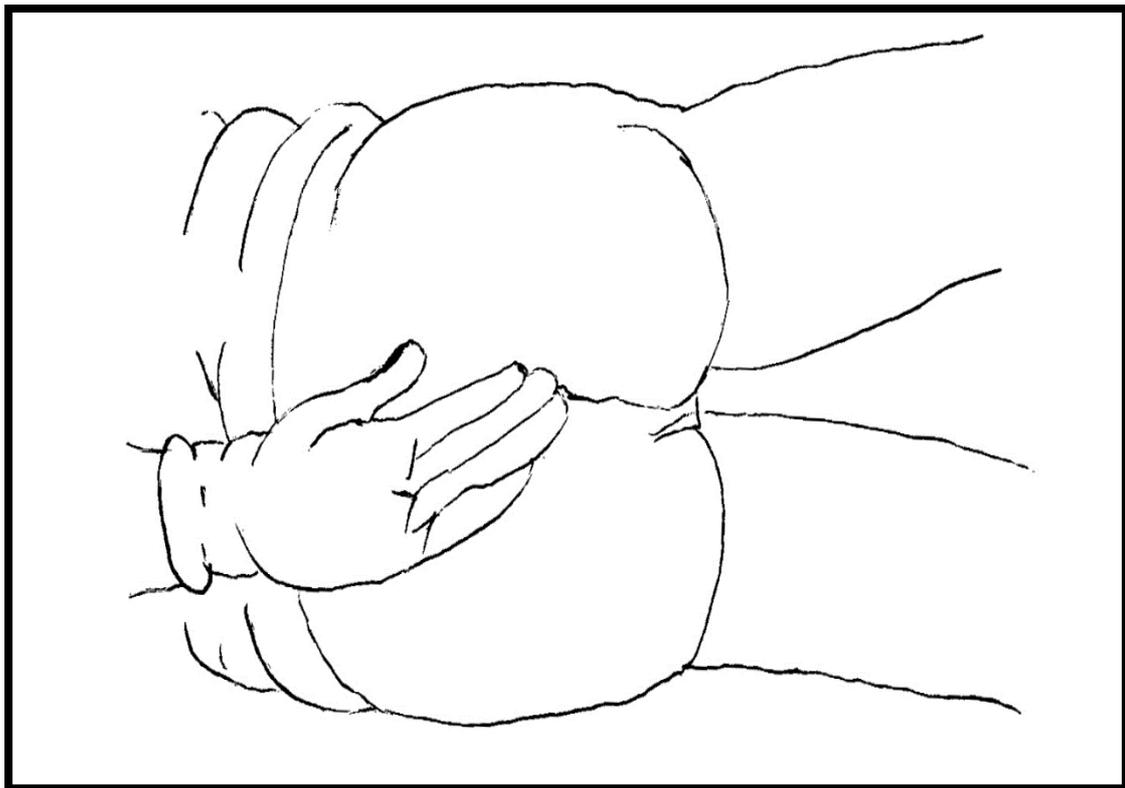
Figura 6



MANIOBRA SCHWARZENBACH

Se utiliza para comprobar si la cabeza fetal está sobre el suelo de la pelvis, con los cuatro dedos de una mano se aprieta la región situada entre el cóccix y el ano; es decir, se palpa la presentación del feto, situada sobre el suelo de la pelvis, como una resistencia dura y amplia.

Figura 7



MANIOBRA SURCO DEL CUELLO

Utilizado para insinuar el ingreso de la presentación fetal al estrecho superior de la pelvis. Con una mano al lado de la otra, se palpa lentamente, de arriba abajo, empezando por el centro, entre el ombligo y la sínfisis. En la presentación cefálica las cubiertas abdominales no son demasiados gruesas ni están tensas, si se palpa algo oblicua corresponde al surco del cuello.

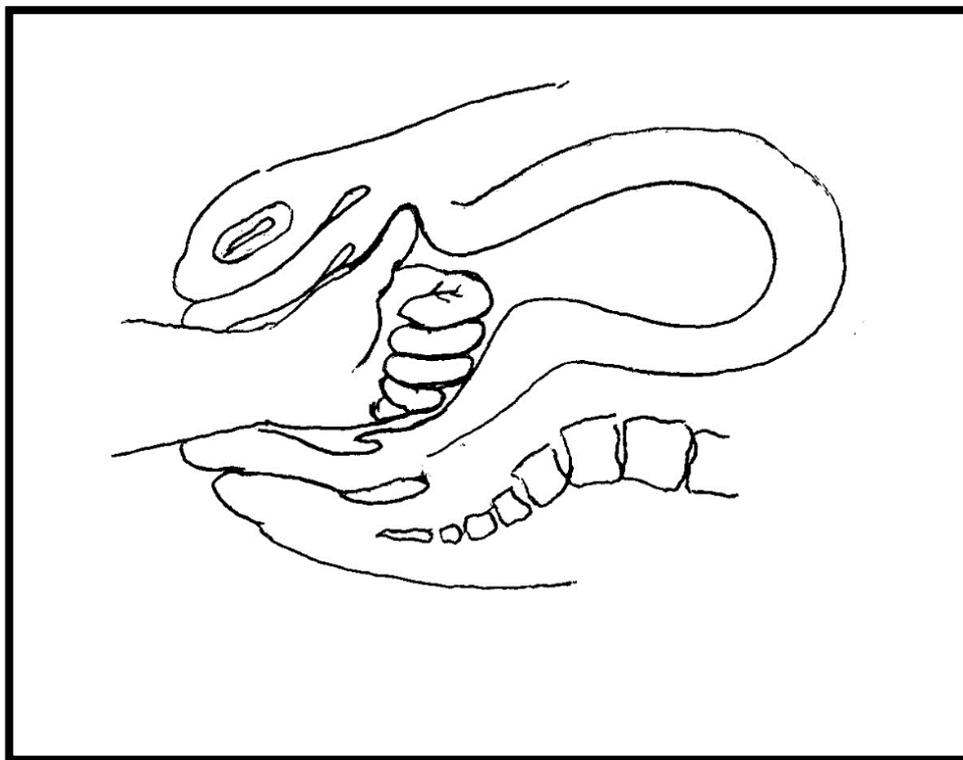
Figura 8



MANIOBRA DEL PULGAR

Se utiliza para la revisión del segmento inferior del útero. Con los dedos de la mano introducidos en el cuerpo uterino, contraído por el goteo oxitócico, el pulgar recorre el segmento inferior del útero, que se refleja sobre el cuerpo, dando una sensación táctil parecida a la que ofrece la flaccidez de los fondos de saco vaginales; si no fuera así, se encontraría mayor consistencia del cuello. Si hay una efracción, el pulgar, al distenderse la capa segmentaria, cae en ella.

Figura 9



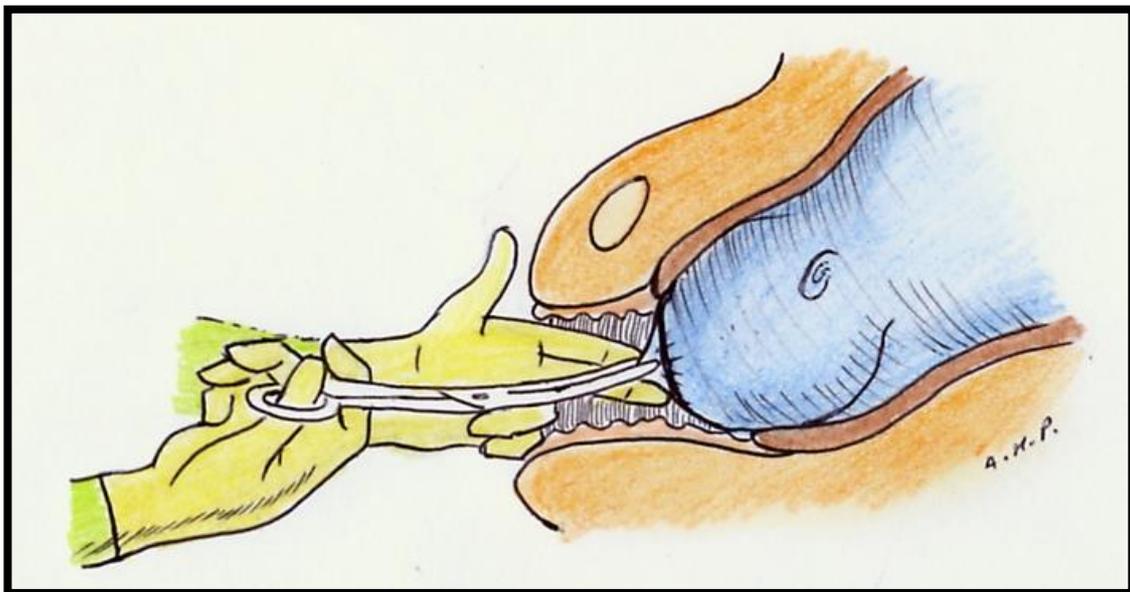
CAPÍTULO II

MANIOBRAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO

MANIOBRA WILLSON

Sirve para la rotura artificial de la bolsa amniótica. Ingresan por la vagina los dedos índice y medio de la mano izquierda hasta las membranas que protruyen; con la mano del ayudante se desliza el útero, desde arriba hacia abajo; con la mano derecha del examinador se introduce la pinza cerrada hasta llegar a la bolsa; se coge ésta con la pinza y se tira aprovechando una contracción uterina; se retira la pinza y se presiona el fondo uterino; los dedos permanecen para evitar accidentes con el cordón umbilical.

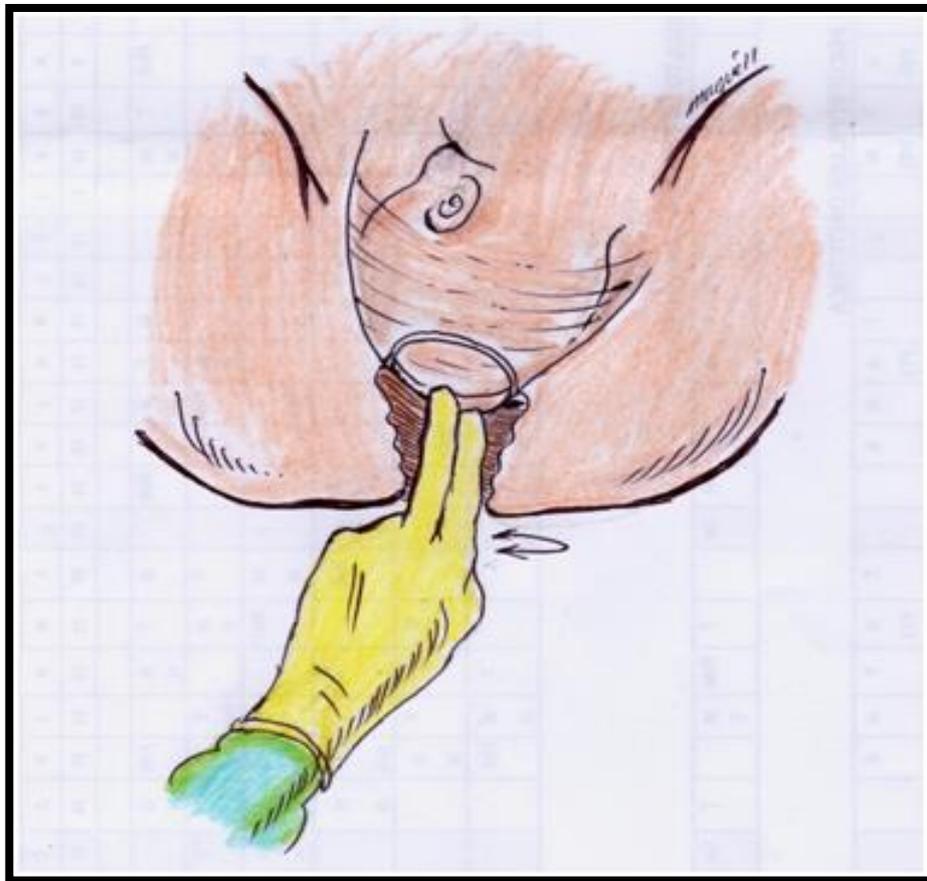
Figura 10



MANIOBRA BONNAIN

Es para apoyar en la dilatación del cuello del útero. También denominada maniobra de Hamilton es el **despegamiento de membranas** para conseguir la liberación fisiológica de **prostaglandinas**. Se realiza introduciendo el dedo índice y el dedo medio hasta el cuello del útero, y se gira en sentido del reloj; es usado cuando existe una buena incorporación, y sirve para apoyar en la dilatación del cuello del útero.

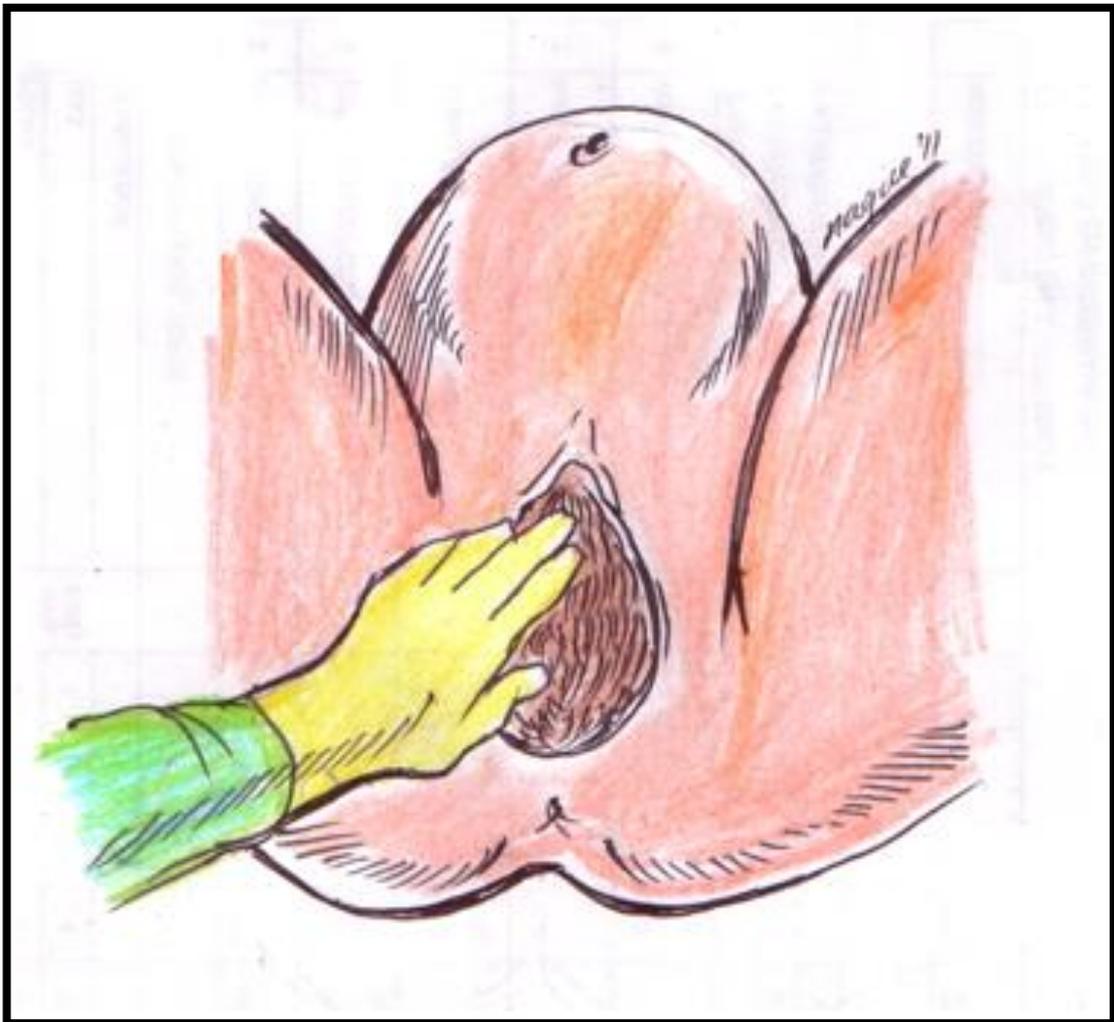
Figura 11



MANIOBRA HODGE

Permite aumentar la flexión y ayudar a la rotación. Con el dedo índice, medio, y anular se presionar suavemente el occipucio del feto durante las contracciones.

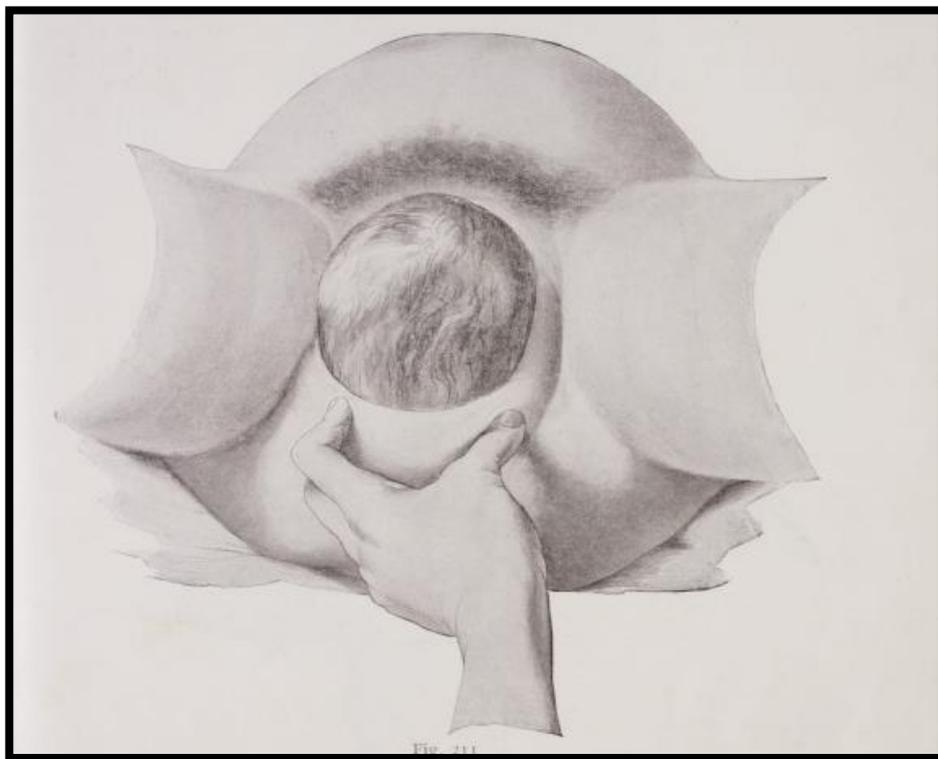
Figura 12



MANIOBRA RITGEN - HOLSHAUSEN

Es realizado para controlar la salida brusca de la cabeza fetal del conducto blando en el parto. Se coloca los dedos pulgar e índice en el periné ejerciendo contrapresión sobre la frente fetal para controlar la salida brusca, mientras se deja libre la salida del occipucio y con la otra mano se podrá recorrer el contorno anterior del anillo vulvar hasta alcanzar la nuca del feto; aplica la maniobra de Holshausen permitiendo la deflexión de la cabeza fetal a través del conducto rectal.

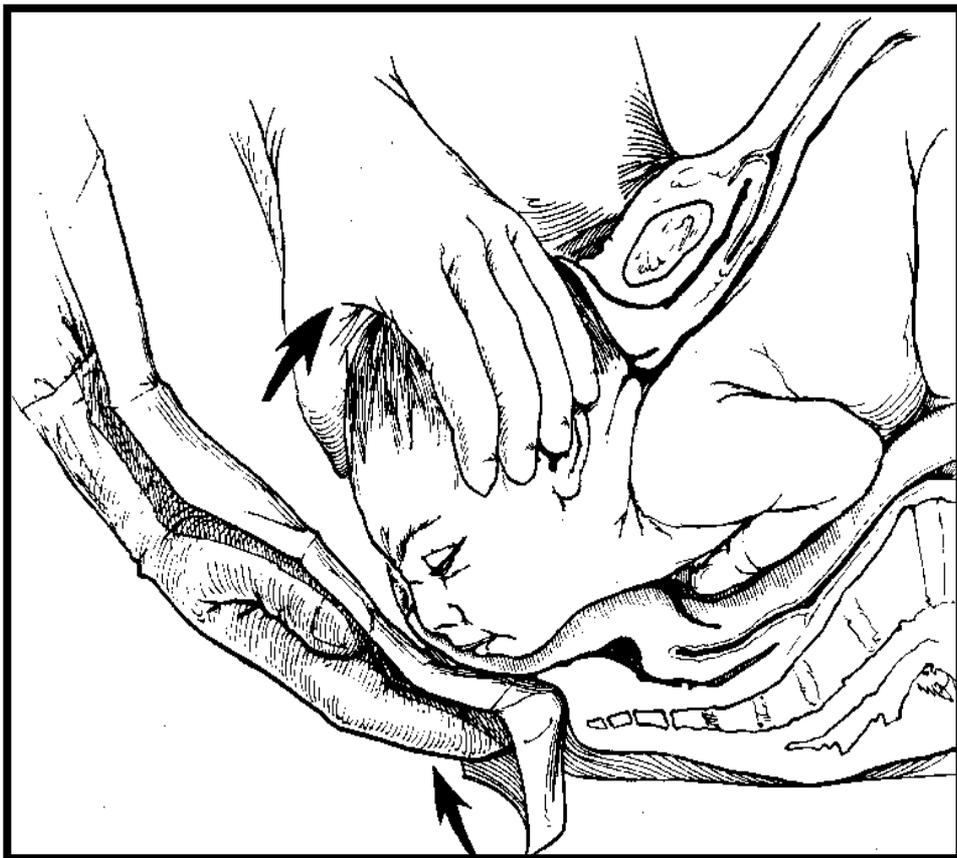
Figura 13



MANIOBRA RITGEN MODIFICADA

Maniobra para la protección del periné, cuando existe máxima distensión del periné se usa una mano enguantada y cubierta con una compresa para ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del periné, apenas frente al cóccix; concomitantemente, la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio.

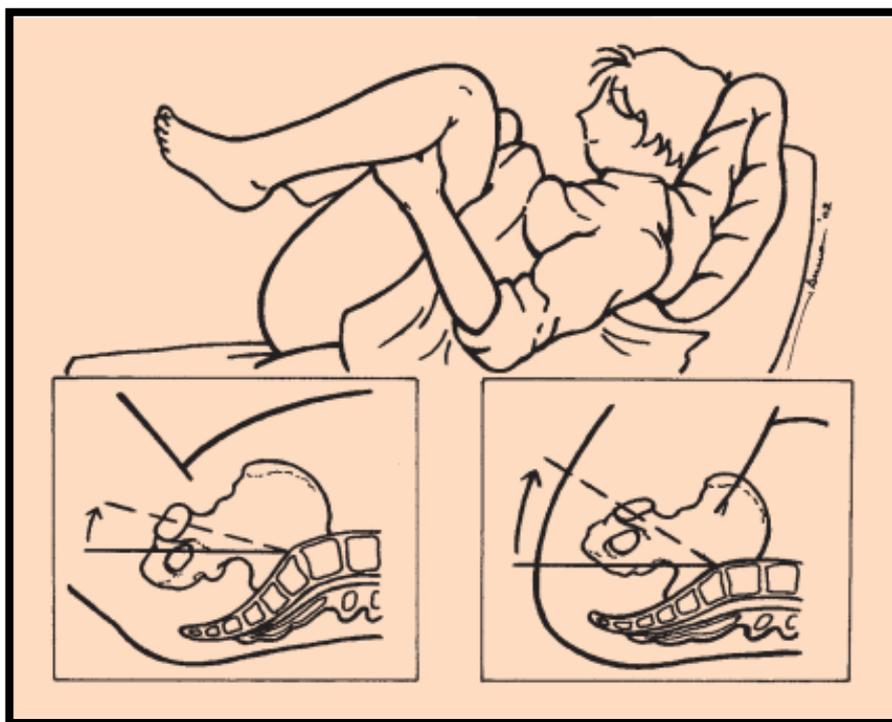
Figura 14



MANIOBRA McROBERTS

Es aplicado para la resolución de la distocia de hombros. Esta maniobra consiste en hiperflexionar las caderas de la gestante para así reducir la lordosis lumbar, basculando la base del sacro hacia delante y hacia abajo, al tiempo que rechaza el cóccix hacia arriba y hacia atrás. Con esto se consigue modificar la morfología de la pelvis y desplazar el hombro bajo el pubis, resolviendo la distocia de hombros.

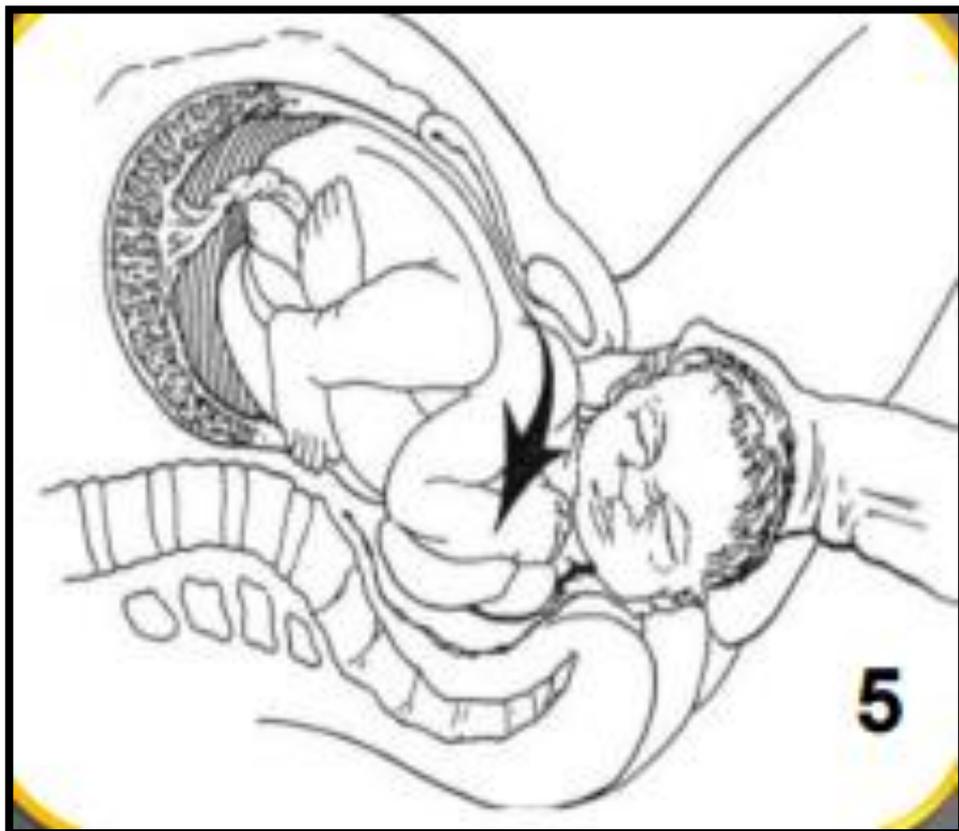
Figura 15



MANIOBRA RUBIN

Aplicado para reorientar el hombro fetal a las dimensiones mayores de la pelvis. La mano pelviana alcanza el hombro fetal más accesible, el cual es empujado hacia la superficie anterior del tórax, resultando en la abducción de ambos hombros, reproduciendo el movimiento habitual de rotación que realizan durante su descenso y expulsión espontáneos.

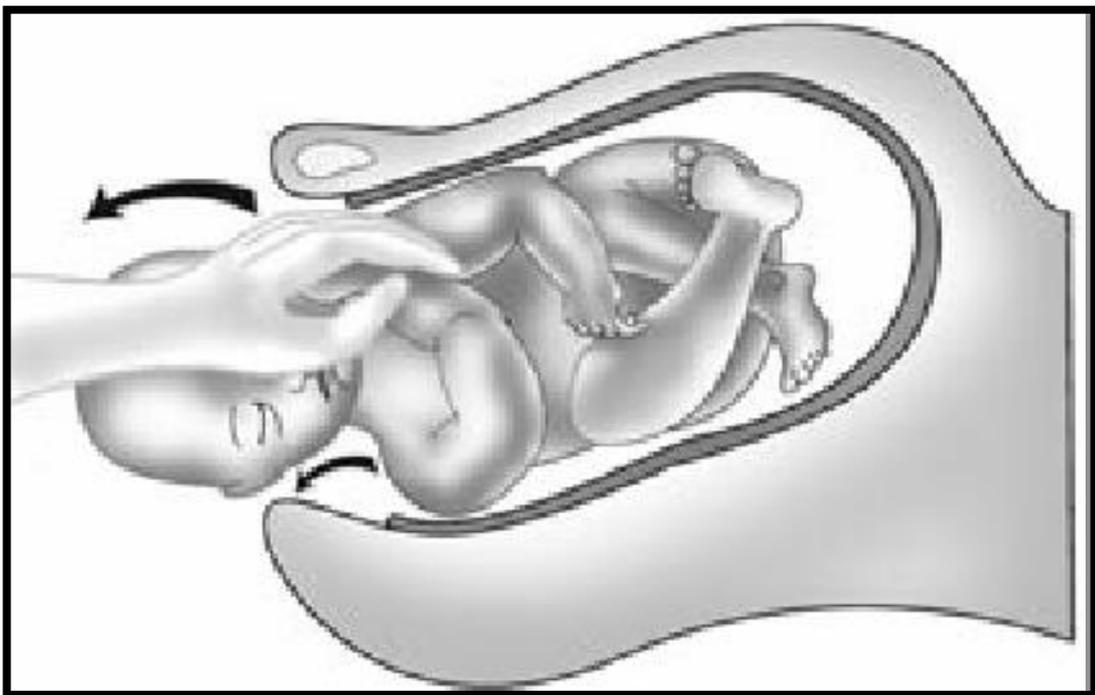
Figura 16



MANIOBRA JACQUEMIER

Es de utilidad en la extracción del hombro posterior. Se realiza introduciendo la mano completa bajo el hombro posterior. La presión sobre la fosa ante cubital hará que el antebrazo se flexione. A continuación, se desliza el brazo sobre el tórax cuidadosamente. La extracción del brazo es seguida de la rotación de la cintura escapular a un diámetro oblicuo, con ayuda de compresión suprapúbica, de forma que el hombro posterior se coloque bajo la sínfisis del pubis y pueda desencajarse.

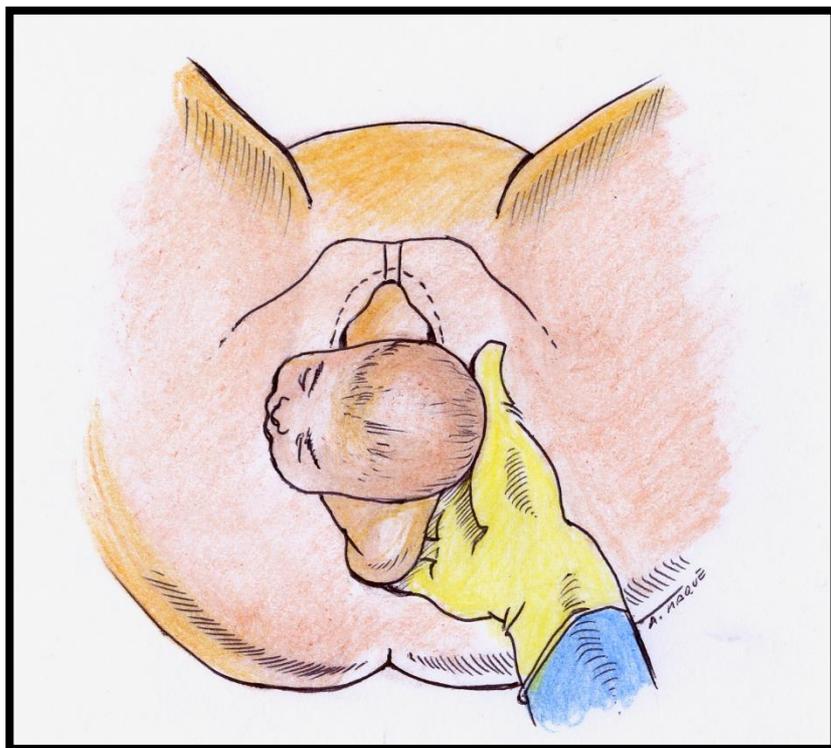
Figura 17



MANIOBRA TORNILLO DE WOODS

Se usa ante el fracaso de la maniobra de McRoberts en el periodo expulsivo. Previa a una episiotomía, la rotación se realizará con dos dedos de la mano derecha en sentido de las agujas del reloj 180°, aplicando la fuerza sobre la escápula o la clavícula, en función del dorso fetal, y no rotando la cabeza. Para mantener el hombro anterior en aducción, esta maniobra puede acompañarse de compresión suprapúbica.

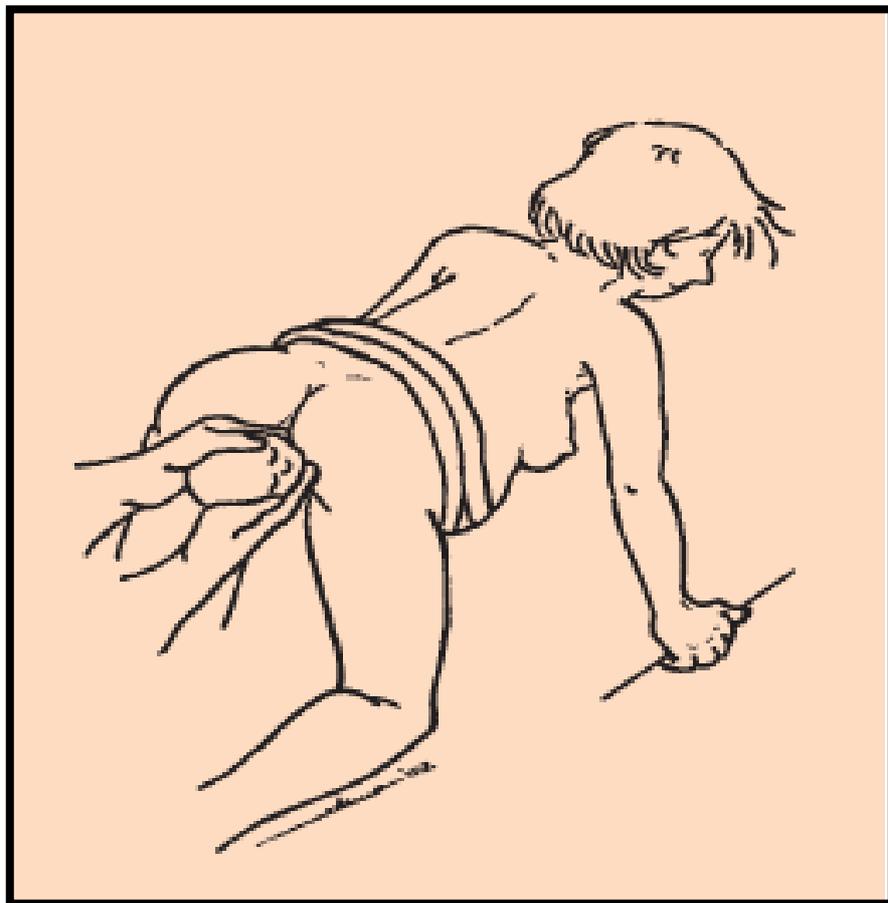
Figura 18



MANIOBRA GASKIN

Utilizado para liberar los hombros fetales. La gestante adopta la posición sobre las manos, la fuerza de la gravedad actúa sobre el feto; por otra parte, en la posición a gatas se produce una modificación de los diámetros pélvicos respecto a la posición en decúbito y ambos fenómenos pueden resultar útiles para liberar los hombros, especialmente si el posterior se halla impactado por delante del promontorio sacro.

Figura 19



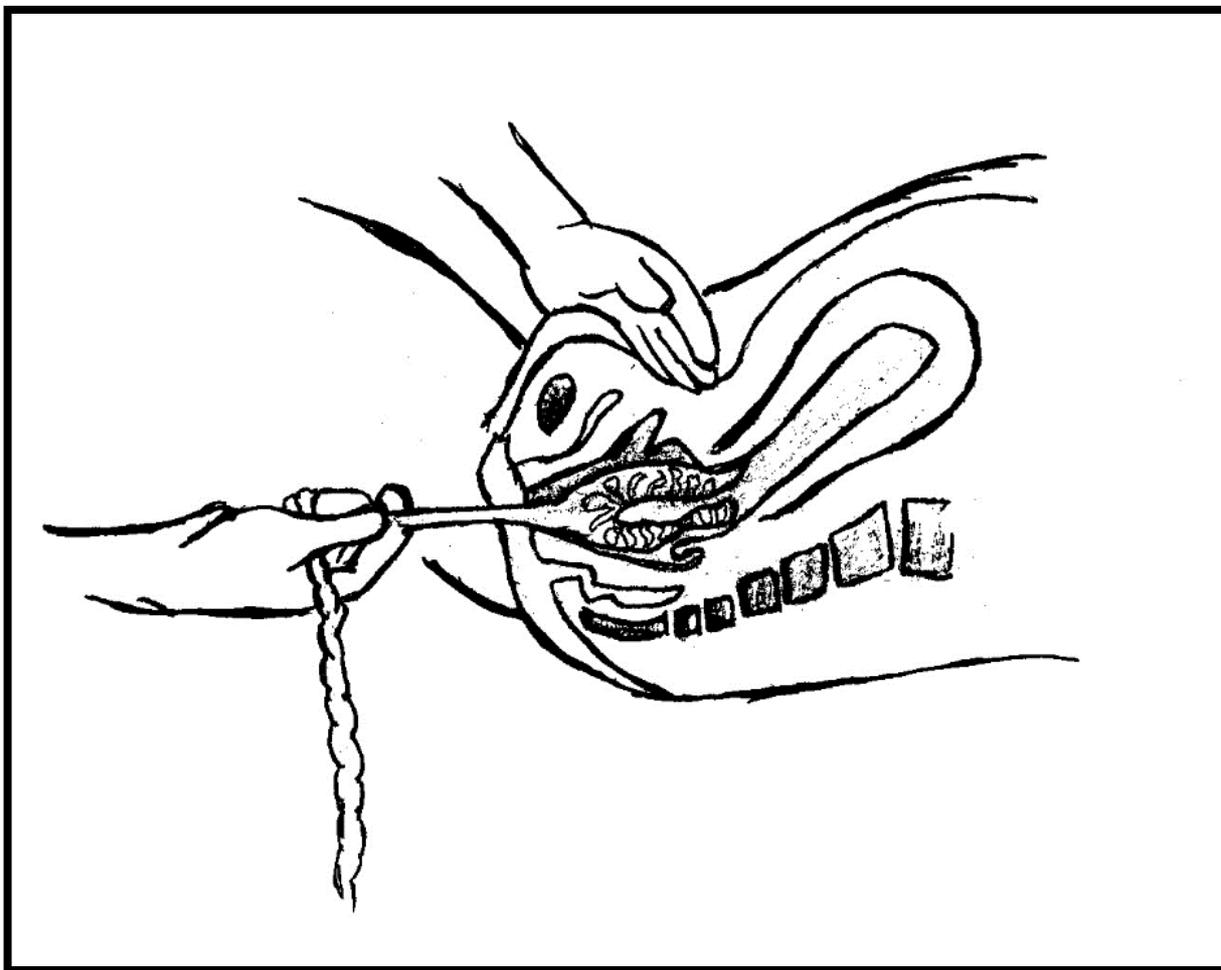
CAPÍTULO III

MANIOBRAS OBSTÉTRICAS DESPUÉS DEL PARTO

MANIOBRA BRANDT ANDREWS

Facilita la expulsión de una placenta ya desprendida. Una vez desprendida la placenta, en el momento de una contracción, la mano izquierda del profesional comprime el segmento inferior del útero, en dirección del ombligo, en tanto que con la mano derecha se efectúa una ligera tracción simultánea sobre el cordón umbilical.

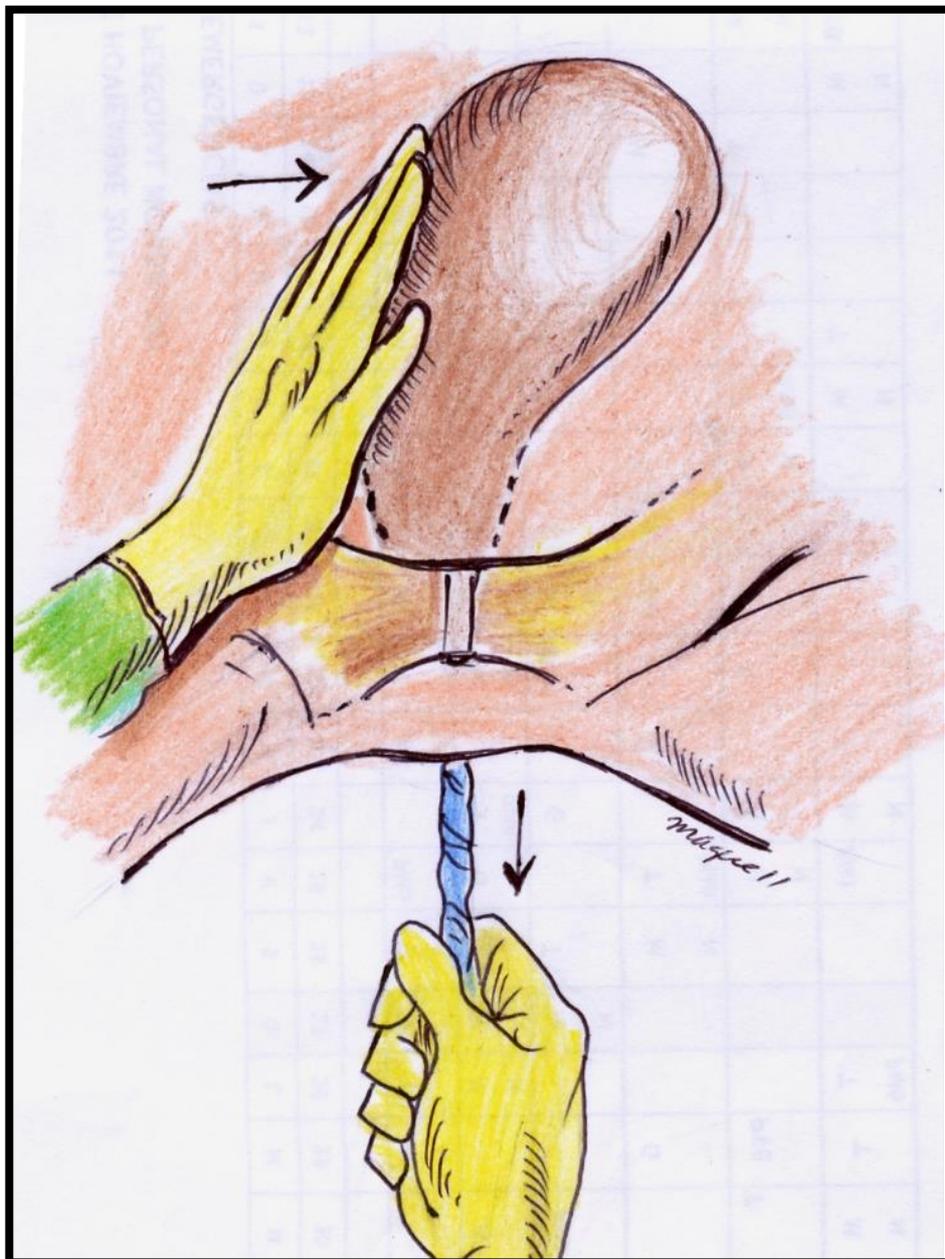
Figura 20



MANIOBRA ORENGO

La finalidad es verificar el desprendimiento placentario. Consiste en presionar con la mano izquierda la pared derecha del útero, dirigiéndola a la vez hacia la izquierda y hacia arriba, mientras que con la mano derecha se tira prudentemente del cordón.

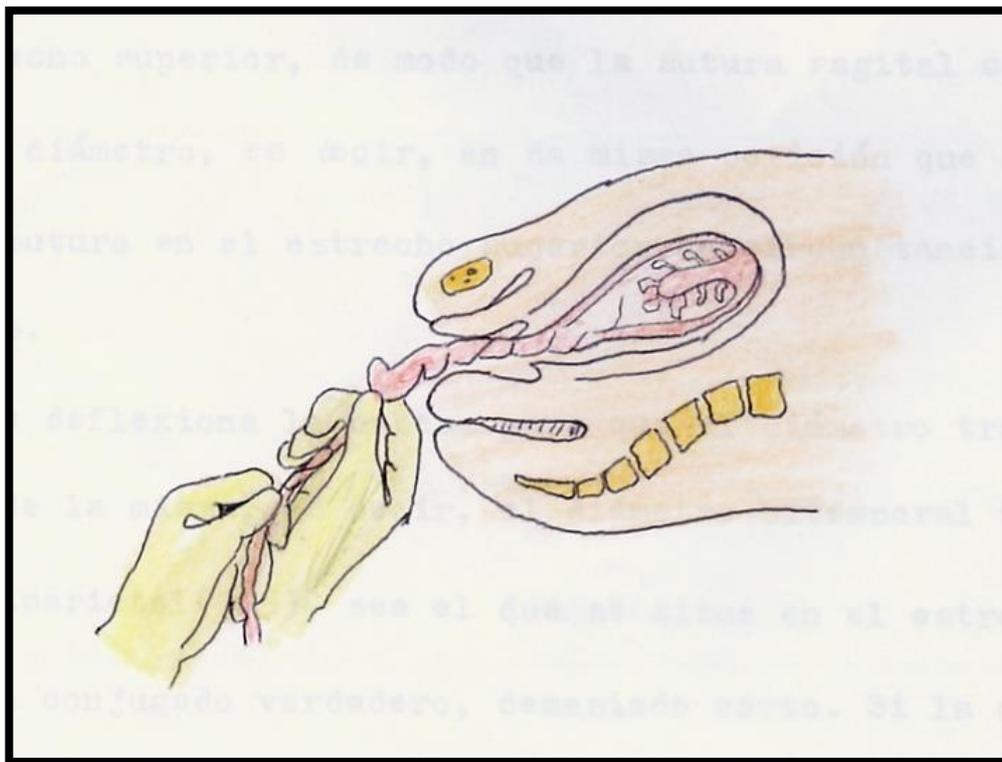
Figura 21



MANIOBRA WAGNER

Se realiza la irrupción sanguínea rápida en el espacio materno fetal, el desprendimiento del anexo será favorecido por el mecanismo del hematoma retro placentario. Una vez colocada la pinza del lado fetal, la mano del profesional desliza la sangre del cordón en dirección de la madre, haciéndola progresivamente exangüe hasta llegar al ras de la vulva, donde se coloca una segunda pinza.

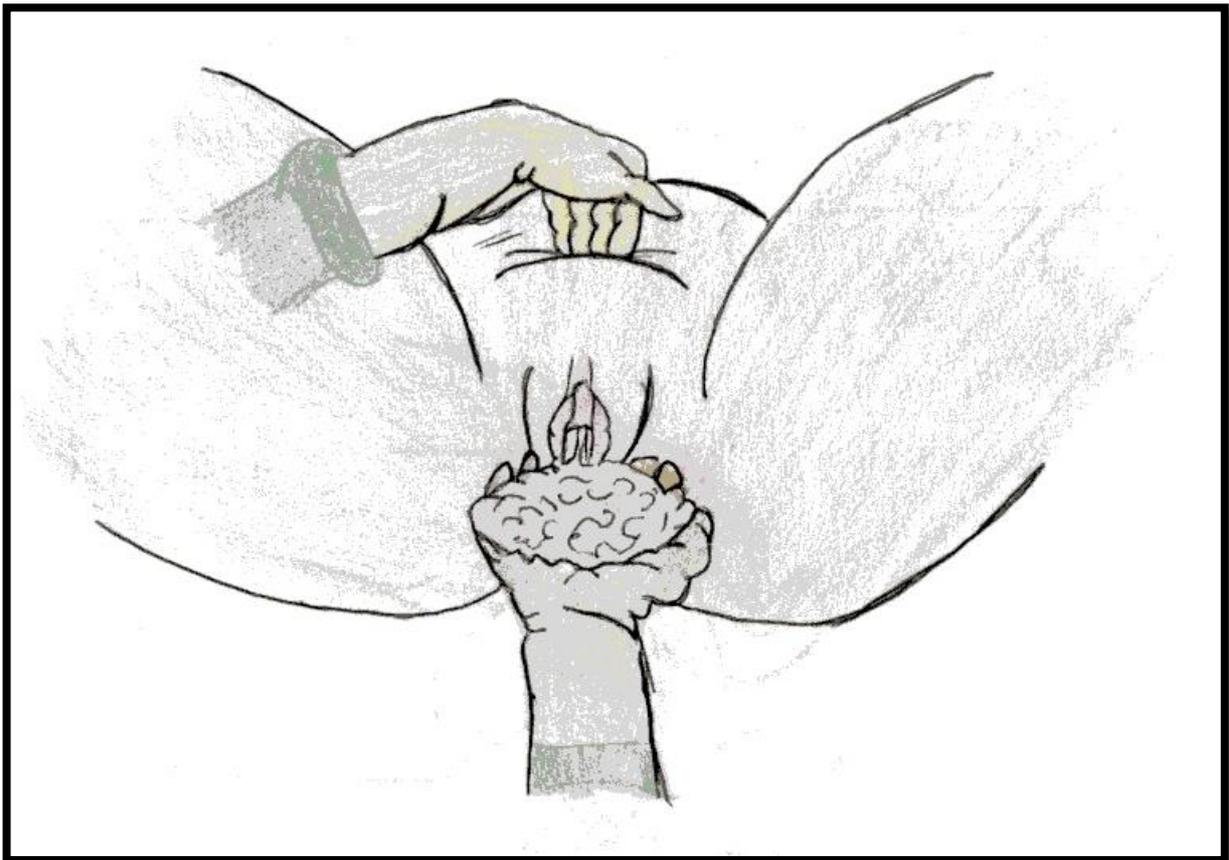
Figura 22



MANIOBRA FREUND

Se utiliza para facilitar la expulsión de las membranas. Consiste en la corrección de la ante flexión uterina y en el desplegamiento del segmento inferior mediante la elevación del cuerpo uterino a cargo de una mano externa abdominal. Al desaparecer el ángulo entre el cuerpo uterino y el canal cérvico segmentario, las membranas son expulsadas con facilidad. La mano abdominal eleva el cuerpo uterino y despliega el segmento inferior.

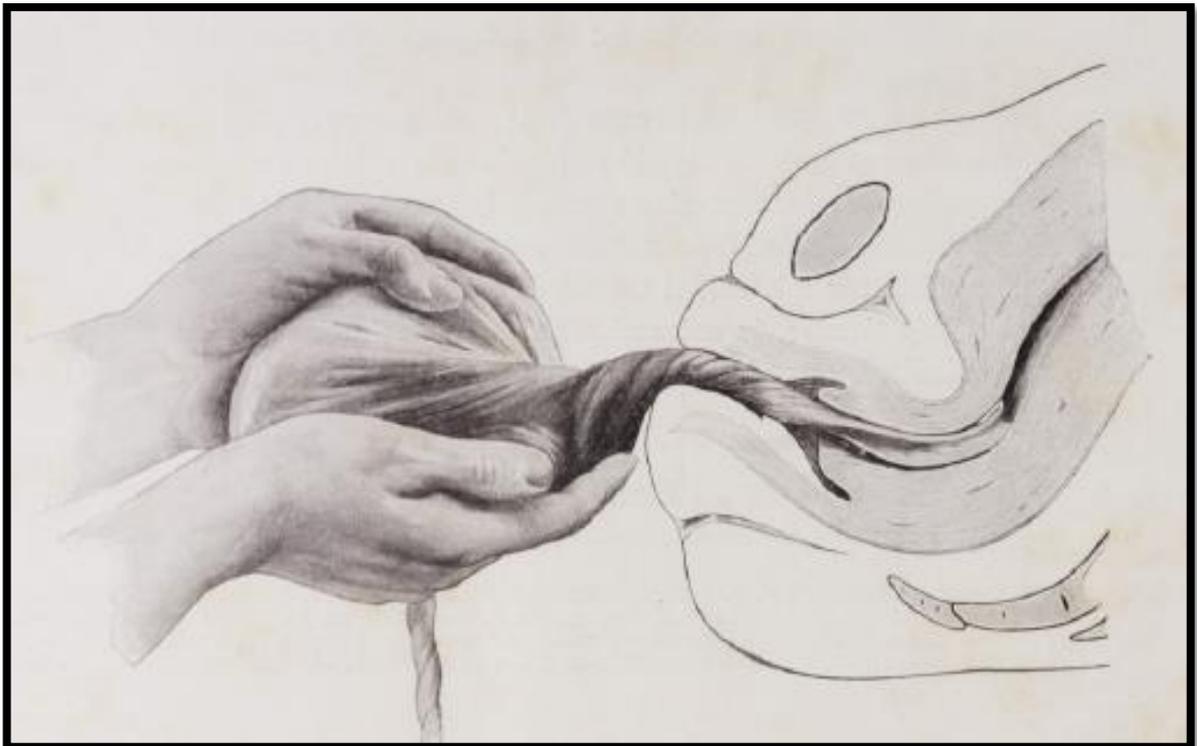
Figura 23



MANIOBRA DUBLÍN

La placenta, en el momento de la expulsión, es recogida por las dos manos, dándole un par de vueltas sobre sí misma, de modo que se forme una cuerda con las membranas no salidas todavía; de este modo resulta menos fácil su rotura y retención, también denominada torsión de membranas en forma de cuerda.

Figura 24



MANIOBRA DE GASA

Se usa una gasa de tamaño mediano, la cual se introduce en la vagina, y se aprieta con ella el cuello uterino hacia arriba, mientras la valva anterior se rechaza y, con ella, el cuello se eleva hacia arriba, mientras se introduce la valva posterior introducida hasta el fondo de la vagina, y luego se desliza esta para poder apreciar adecuadamente los segmentos posteriores de la pared vaginal, ante sospecha de desgarros o laceraciones.

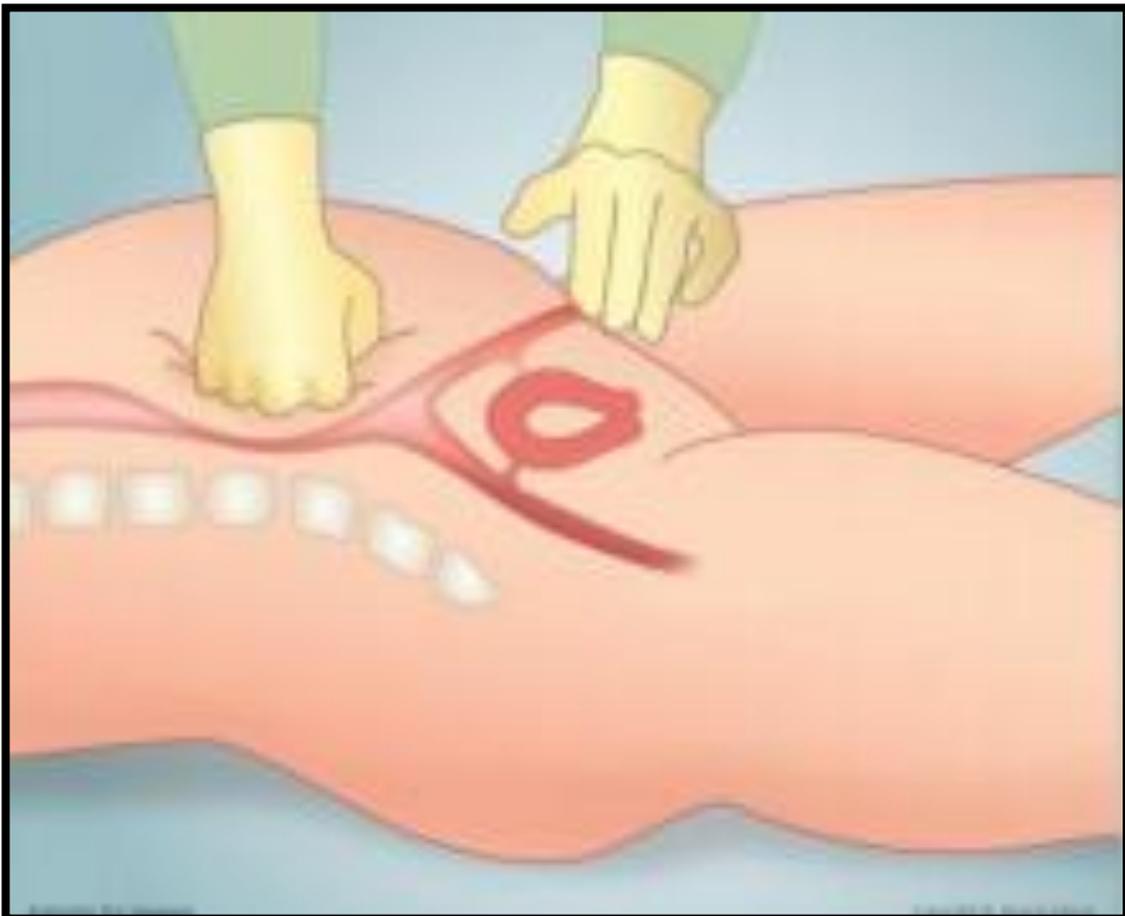
Figura 25



MANIOBRA HAMILTON EXTERNO

Denominado también compresión aortica. La aorta se comprime con el puño encima del ombligo ligeramente a la izquierda, verificando que la compresión es efectiva cuando no se advierta el pulso femoral. Se mantendrá la compresión hasta iniciada la resucitación o el procedimiento quirúrgico definitivo.

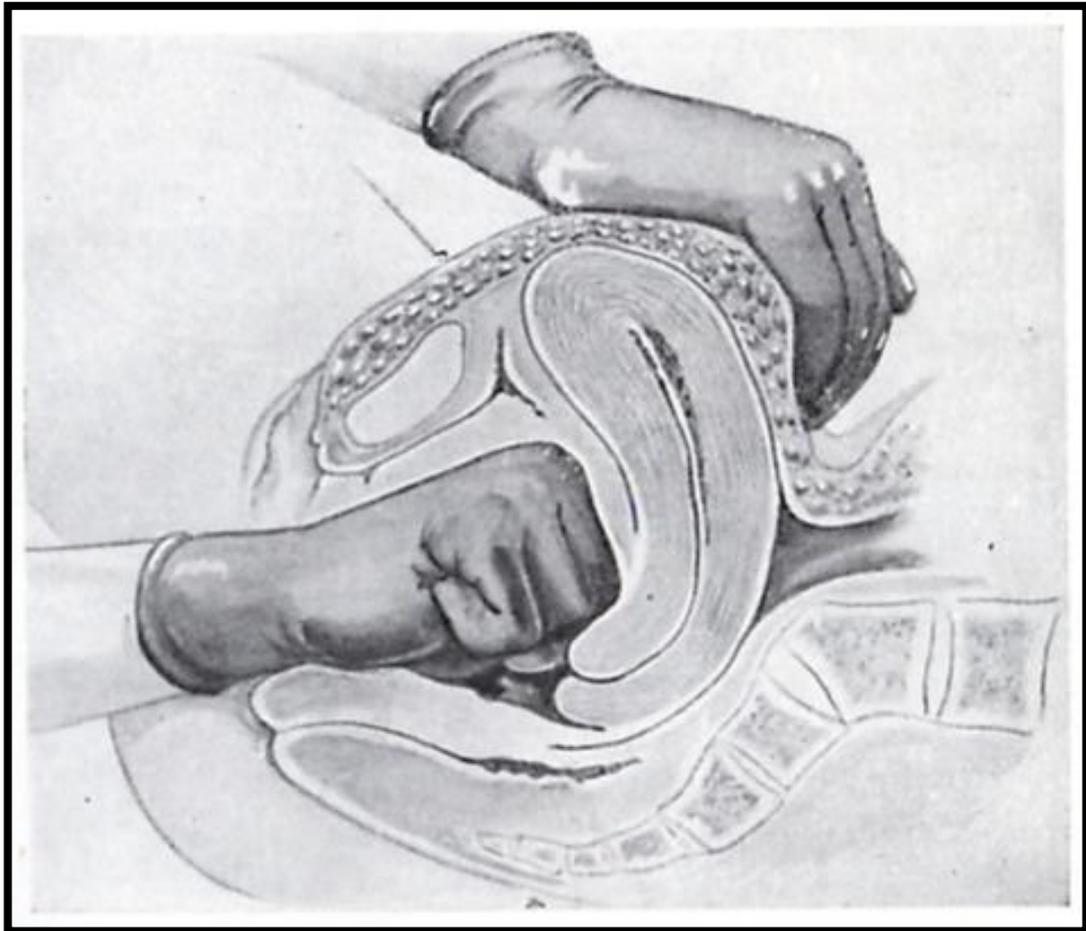
Figura 26



MANIOBRA HAMILTON COMBINADO

Compresión bimanual del útero que sangra posterior al parto. Colocar una mano en la vagina con su puño cerrado empujando contra el cuerpo del útero, mientras que la otra mano comprime el fondo uterino desde la pared abdominal. Mantener mientras se inician otras intervenciones, y continuar hasta que el útero este firme y disminuya el sangrado.

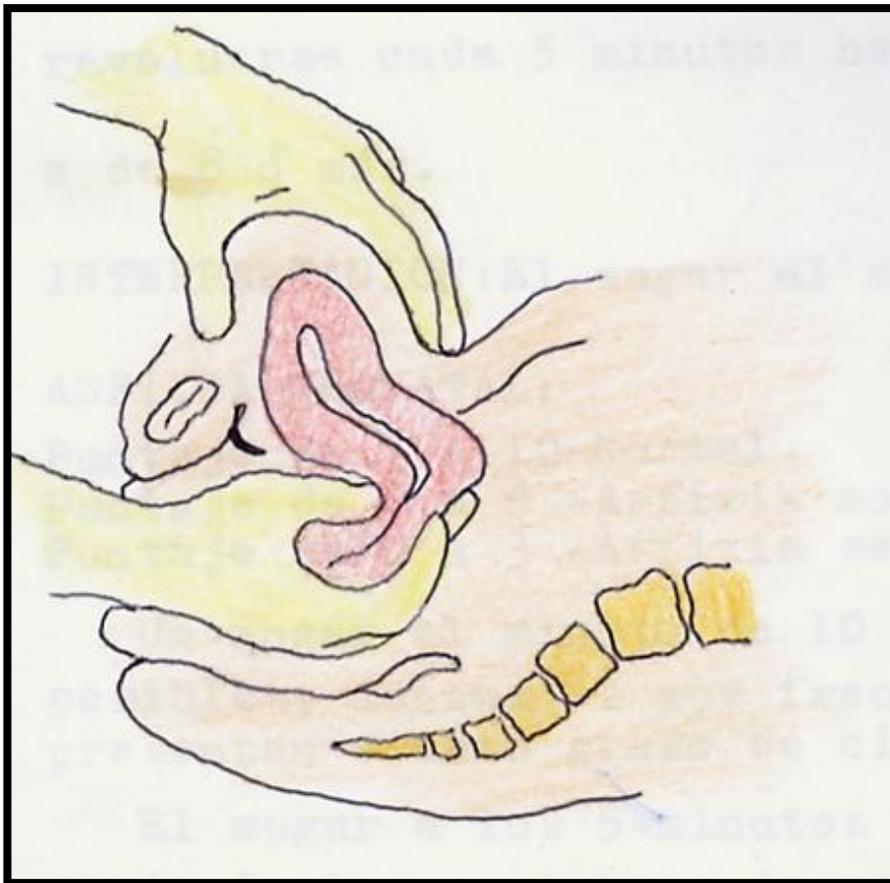
Figura 27



MANIOBRA ZWEIFEL

Es una maniobra interna para suprimir la luz uterina. La mano de la profesional introducida en la vagina abarca y cierra el cuello, haciendo compresión en la parte de la arteria uterina, mientras la mano externa rodea el cuerpo uterino y lo comprime contra la mano interna. El gran inconveniente de este procedimiento estriba en que no puede mantenerse más allá de 10 a 15 minutos, ya que el profesional se agota y, por otra, parte su posible éxito se debe al cierre cervical,

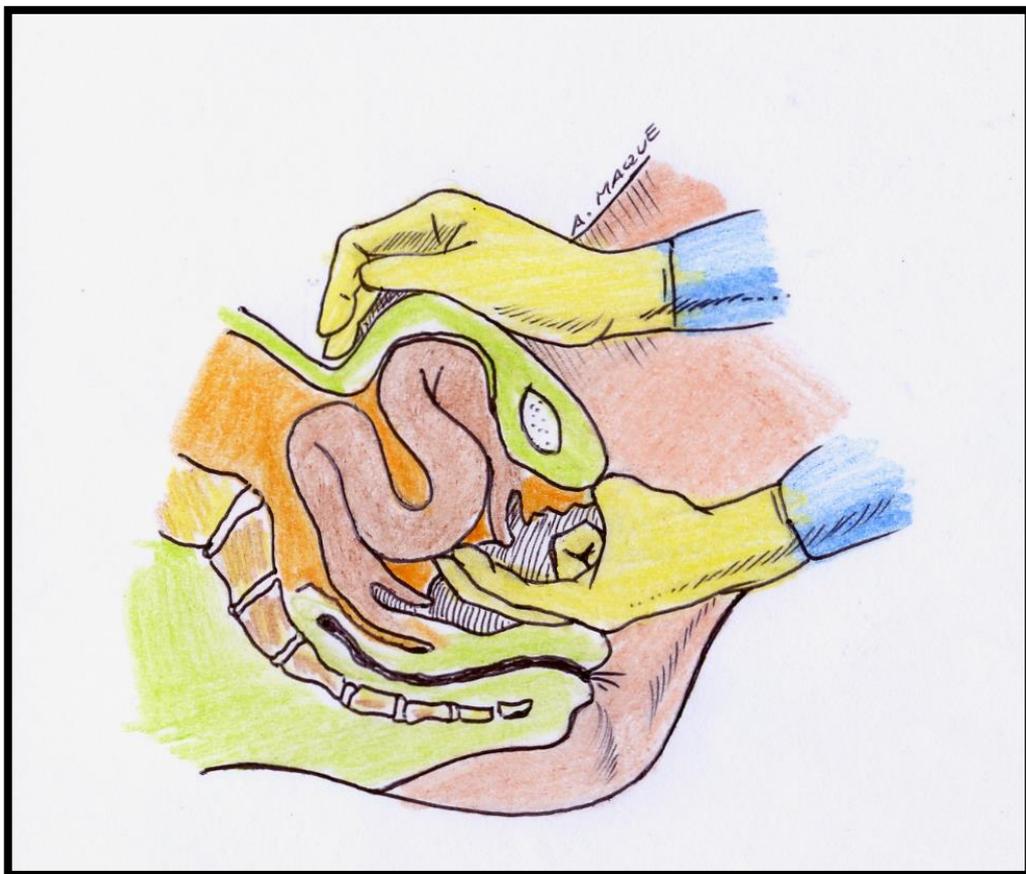
Figura 28



MANIOBRA JOHSON

Reposición manual del útero invertido. Se introduce en la vagina toda la mano, las puntas de los dedos se colocan alrededor del anillo de inversión, de modo que el útero invertido queda en el hueco de la mano; todo el útero se desliza con fuerza hacia arriba hasta llegar al fondo.

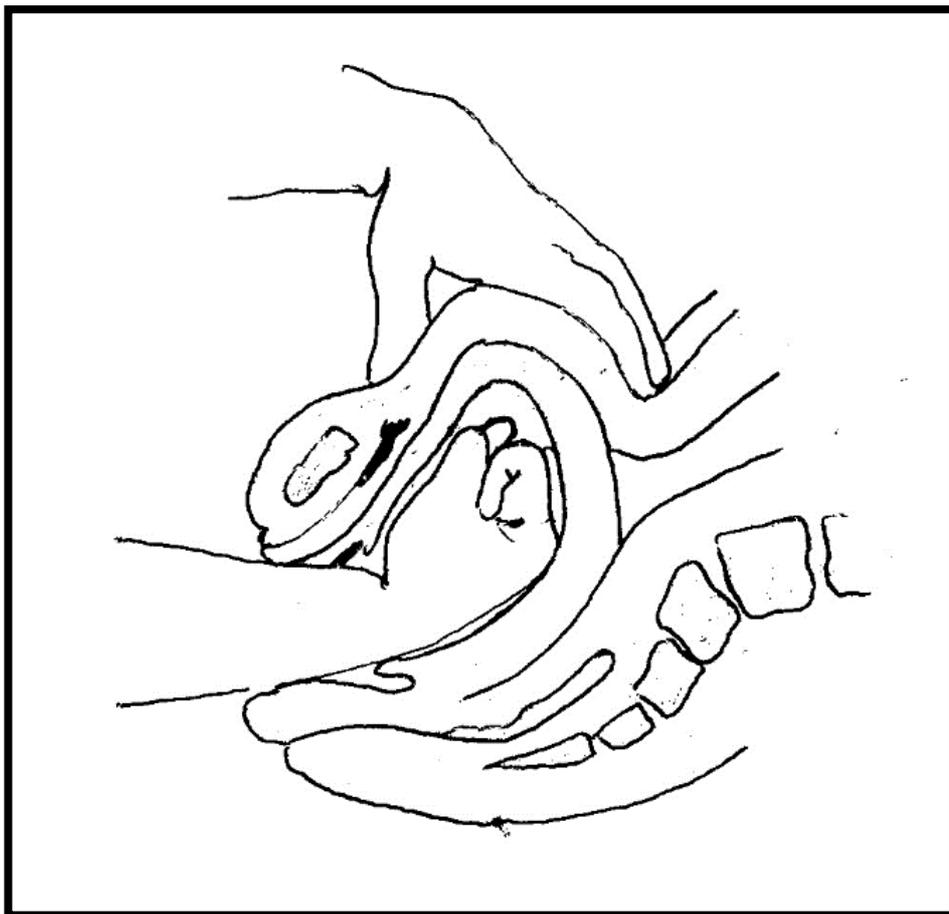
Figura 29



MANIOBRA SEJOURNET

Es una maniobra interna que tiene como finalidad suprimir la luz uterina. Consiste en introducir la mano en la cavidad uterina y vaciarla de coágulos. Esta maniobra interna se apoya con el masaje externo del útero con la otra mano. Una vez controlada la hemorragia como consecuencia de alguna de las maniobras expuestas, cabe mantener la hemostasia mediante un vendaje compresivo.

Figura 30



BIBLIOGRAFÍA

- Actualización de consenso de Obstetricia: Hemorragia postparto. San Miguel de Tucumán: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia: Flor Zamorano; 2019: 1-40.
- Báez F. Manual de maniobras y procedimientos en Obstetricia. Mc Graw Hill. México. 2005; 555.
- Berek J. Ginecología de Novak. 14ª Edición: Lippincott Williams & Wilkins. Estados Unidos. 2008; 1670.
- Bruner P, Drummond B, Meenan L, Gaskin M. Todo cuatro maniobras para reducir la distocia de hombros durante el parto. J Reprod Med 1998; 43 (5): 439-443.
- Buen M, Domínguez G. Fernández A. Aplicación de la maniobra del McRoberts en caso de distocia de hombros. Rev. NPunto. 1 (6); 2018:31.
- Cabero, Saldívar, Cabrillo. Obstetricia y medicina materno-fetal. Médica Panamericana. Argentina. 2007; 1390.
- Cabero, Saldívar. Operatoria Obstétrica: Una visión actual. Médica Panamericana. Argentina. 2009; 376.
- Campo O. Obstetricia práctica. Original San José. Bolivia. 2011; 659.
- Cararach V, Palacio M. Distocia de hombros. En: Fabre E, ed. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza: INO Reproducciones, 1995.
- Carvajal J, Troncoso R, Constanza A. Manual Obstetricia y Ginecología, 8ª Edición: Universidad Católica de Chile. Chile; 2017. 624.
- Coates T. Distocia de cintura escapular. En: Alexander J, Levy V, Roch S, eds. Aspectos prácticos para matronas prácticas en investigaciones Barcelona: Boehringer Mannheim, S.A., 1995; 68-92.
- Cunningham G, Leveno L, Bloom L, et al. Obstetricia de Williams, 25ª Edición: McGraw-Hill. España. 2019; 1328.

- Cunningham G, Leveno L, Bloom L, et al. *Obstetricia de Williams*, 23ª Edición: McGraw-Hill. México; 2011.
- Der Mechanismus D, Klin D, Gyn G. *Protección del periné*. St. Petersburgo; 1883.
- Félix C. *Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia*. McGraw-Hill. España; 2005.
- Gherman B, Goodwin M, Souter I, Neumann K, Ouzounian JG, Paul RH. La maniobra de los McRobert para aliviar el hombro distocia: ¿Qué tan exitoso es? *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176 (3):656-661.
- Gonik B, Allen C, Held B. Una maniobra alternativa para el manejo de distocia de hombros. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145 (7): 882-884.
- Hall P. El papel de las enfermeras en la identificación de riesgos y tratamiento de distocia de hombros. *JOGNN* 1997; 26 (1): 25-32.
- Levine G, Holroyde J, Woods R. Trauma de nacimiento: incidencia y factores predisponentes. *Obstet Gynecol* 1984; 63 (6): 792-795.
- Maque Ponce, A. *Maniobras Obstétricas Ilustradas*. Perú, Huánuco; 2011.
- Mashburn J. Identificación y manejo de la distocia de hombro. *J Nurse Midwifery* 1988; 33 (5): 225-231.
- Melgarejo M, López C, De la Mata, et al. *Maniobras Obstétricas Ilustradas*. Perú, Huánuco; 2011.
- Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Lima: Ministerio de Salud del Perú. 1; 2016.
- O'Leary A, Pollack B. La maniobra de McRoberts para el hombro distocia: una encuesta. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 35 (2): 129-131.
- Pérez A. *Obstetricia*. 4ª Edición: Mediterráneo. Chile. 2011; 357.

- Rosas M. Distocia de hombros: implicación de la matrona. Rev. Matronas Profesión; 8 (1) 2002:8.
- Rozas M. Distocia de hombros: implicación de la matrona. Rev. Matronas Profesión 2002; 8 (1): 25 – 32.
- Sánchez D, Ruiz E, Góngora M, et al. Eficacia de la detención de la cabeza fetal vs maniobra de Ritgen modificada para evitar trauma perineal en la atención de parto. Avanc Salud Med 2019; 7 (3): 82-89.
- Schwarcz R, Díaz A, Fescina R, et al. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Montevideo, CLAP 1995; Publ. Cient. CLAP 1321.01101.
- Schwarcz R. Díaz A. Fescina R. Atención Prenatal y de Parto de Bajo Riesgo. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. 2001; 1321.
- Schwarcz R., Fescina R. y Duverges C. Obstetricia. 7ª Edición: El Ateneo. Buenos Aires. 2014; 784.
- Smeltzer S. Prevención y manejo de la distocia de hombros. Clin Obstet Gynecol 1986; 29 (2): 299-308.
- Vázquez J. Manual básico de Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de Alcalá. España 2013; 376.