

Urkund Analysis Result

Analysed Document: MARIA-GABRIELA-ALVAREZ-MARIN.docx (D16153711)
Submitted: 2015-11-11 23:26:00
Submitted By: Cesarmon1987@hotmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf
<http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>
http://galenos.bligoo.es/media/users/18/941759/files/208243/Exploracion_Obstetrica.pdf

Instances where selected sources appear:

4

INTRODUCCION La fisiología materno-fetal es una dinámica que se instaura desde la concepción y tiene su culminación con el pinzamiento del cordón umbilical y el llanto del producto; previo a este desenlace tiene que haber una secuencia activa de eventos tanto fisiológicos como anatómicos por parte de la madre y del recién nacido que se dan primordialmente en la labor de parto la cual es el proceso durante el cual el útero grávido expulsa el feto donde hay fenómenos tanto activos como pasivos: Fenómenos activos: • Actividad uterina. • Pujos. Fenómenos pasivos: • Formación del Segmento Inferior. • Borramiento y dilatación del cuello. • Expulsión de los limos. • Formación de las Bolsa de las aguas. • Ampliación del canal vulvo-vagino-perineal. • Fenómenos Plásticos del Feto. Estos fenómenos intervienen de forma imprescindible en la expulsión del producto, por lo tanto es necesario conocer cuando la paciente se encuentra en labor de parto la cual se confirma cuando hay (1): • Tres contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración y +/++ de intensidad. • Dilatación del cuello del útero. • Borramiento del cuello del útero. 1 1

DESARROLLO La literatura tradicional (2) ha señalado que el nacimiento

0: <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>

78%

corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.

Al inicio del

trabajo de parto es crítica la posición del feto con respecto al conducto

del

nacimiento para la vía en que ocurrirá este. En consecuencia, la

posición

del feto dentro de la cavidad uterina debe determinarse

teniendo en cuenta la estática del feto tal como son la situación, presentación, actitud y posición las cuales se podrá determinar clínicamente por la maniobras de Leopold.

Situación

fetal.- La relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre

se denomina situación fetal, y puede ser

longitudinal o transversa.

En ocasiones, los ejes fetal

y

materno se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y

siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto.

Se encuentra una situación longitudinal en más de 99% de los trabajos de parto a término. Factores predisponentes para la

situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas
Presentación fetal.-

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que dan lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

Presentación cefálica. Se clasifica según sea la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto (fig. 1). Por lo regular, la cabeza está muy flexionada, de tal manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax. La fontanela occipital es la parte que se presenta y da lugar a la presentación de vértice u occipucio. 2 2

Actitud o postura fetales.- En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o

habito. Como regla, el feto conforma una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad uterina. El feto se dobla o flexiona

sobre sí mismo,

de tal

forma

que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho;

los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de

las rodillas.

En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados, mientras

el

cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esta postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina. Posición fetal.- Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto.

Con cada presentación puede haber dos variedades de posición, derecha o izquierda.

El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente. (

fig. 2). Presentación pélvica.-

Cuando el feto muestra una presentación pélvica, sus tres variantes generales corresponden a presentaciones franca, completa y podálica. Esta

presentación puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo un tabique que protruye hacia la cavidad uterina

Una peculiaridad de la actitud fetal, en particular la extensión de la columna vertebral, como sucede en las presentaciones pélvicas francas, podría evitar también que el feto cambie de posición. Las maniobras de Leopold en conjunto con la pelvimetría son primordiales para la valoración gineco-obstétrica materna, se puede determinar

el tamaño del canal del parto mediante el tacto vaginal bi-digital sistemático de puntos óseos específicos en la pelvis.

De la correcta valoración de estos parámetros contribuye a prever si un parto será eutócico o no. 3 3 La valoración de la pelvis materna gineco-obstétrica es de suma importancia dentro del trabajo de parto por lo cual es necesario conocer las distintas herramientas disponibles, para ello. Teniendo presente esto se hace una síntesis acerca de la pelvimetría y pelvigrafía. (3). Recuento anatómico de la pelvis ósea,

el cíngulo pélvico está formado por los dos huesos coxales

y permite conectar anatómicamente

el sistema esquelético axial con el miembro inferior.

El coxal es un hueso de tipo plano que está

ubicado en la cadera. Se encuentra primitivamente formado por tres piezas óseas: pubis (antero inferior), isquion (postero inferior)

e ilion (supero lateral),

que en el adulto forman una estructura consolidada a nivel del acetábulo.

El acetábulo es una fosa delimitada por el reborde acetabular y una zona periférica que es la cara semilunar.

Entre los dos extremos de la cara semilunar se sitúa la incisura acetabular que contribuye a delimitar el foramen obturado.

Los huesos coxales están articulados entre sí, por delante, por la sínfisis del pubis (articulación cartilaginosa secundaria), que es

una

articulación

semimóvil

y con una formación cartilaginosa denominada disco interpúbico. Dorsalmente articulan con el sacro (

sinovial-plana y fibrosa-sindesmosis)

y cada uno articula con el fémur en el

acetábulo (sinovial, esferoídea). El coxal, el sacro y el cóccix forman una estructura denominada pelvis ósea.

Para su estudio en el coxal se describen dos caras (lateral

y medial),

márgenes (

superior, ventral, inferior y posterior) y 4 ángulos (anterosuperior, anteromedial, posteroinferior y posterosuperior). Los ángulos del coxal presentan superficies

rugosas que permiten la inserción de músculos y ligamentos. • En el ángulo anterosuperior se ubica la espina iliaca antero superior. • En el ángulo posterosuperior se ubica la espina iliaca posterosuperior. • En el ángulo anteromedial se ubica el ángulo del pubis. • En el ángulo posteroinferior se ubica la tuberosidad isquiática. 4 4

Se

debe conocer que existen 4 tipos básicos de pelvis, y que son los aceptados internacionalmente: Ginecoide, androide, antropoide y platipeloide. Basados en los diámetros del estrecho superior y algunos rasgos de la verdadera pelvis o estrecho inferior, la mayoría

de los autores plantean que casi todas las pelvis son mixtas. (

fig. 3).

0: http://galenos.bligoo.es/media/users/18/941759/files/208243/Exploracion_Obstetrica.pdf 88%

Se entiende por pelvimetría la medición de los diámetros de la pelvis ósea, y puede ser externa e interna.

Es un estudio que se realiza para valorar los diámetros y planos de la pelvis de la mujer embarazada, para luego determinar si el parto será normal o por cesárea. Es un procedimiento que orienta lo suficiente para conocer la relación céfalo-pélvica y pélvico-cefálica; y por lo tanto coadyuva a establecer un pronóstico sobre la facilidad, dificultad o imposibilidad de atender el parto por vía vaginal. El instrumento utilizado para ello es el pelvímetro, los hay de distintos tipos. El estudio de la pelvis está indicado en todas las primigestas y en las multíparas que han manifestado problemas en partos anteriores o bien operación cesárea con diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica, o no satisfactoriamente justificada la indicación. La pelvimetría se efectúa de la semana 37 en adelante. Existen 5 tipos: Pelvimetría combinada: cuando se miden los diámetros internos y externos de la pelvis. Pelvimetría digital o pelvigrafiá: se determina el tamaño del canal del parto mediante el tacto vaginal bidigital sistemático de puntos óseos específicos en la pelvis. Pelvimetría radiológica: se miden las dimensiones del canal óseo del parto mediante rayos x. Este método para

medir la pelvis, está en desuso y suele ser practicada por médicos de escuela antigua Pelvimetría ultrasónica: se evalúan las medidas de la pelvis mediante ecografía. Pelvimetría instrumental: la que se practica empleando el pelvómetro.

A continuación se cita un artículo en el cual los autores buscan la utilidad del índice cefalopelvico. Titulado “

UTILIDAD DEL ÍNDICE CEFALOPÉLVICO EN LA PREDICCIÓN DE PARTO VAGINAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES” (4). 5 5

Para establecer el índice cefalopelvico los autores utilizaron las siguientes referencias. Se realizaron las mediciones del diámetro biparietal y occipito-frontal. La

circunferencia cefálica se calculó de acuerdo a la fórmula: circunferencia cefálica = (diámetro biparietal + diámetro occipito-frontal) x 1.57. La circunferencia abdominal fetal se calculó de acuerdo a la fórmula: circunferencia abdominal (diámetros transverso abdominal + diámetro antero-posterior abdominal) x 1.57. Las mediciones de la pelvis materna se realizaron con radiopelvimetría convencional utilizando la técnica de Colcher-Sussamn. Se midieron los diámetros antero-posterior y transversos de la porción inferior y

de la porción media (DAPm y DTm). Las

circunferencias la pelvis media (CPM) y de la pelvis inferior (CPI) se calcularon utilizando la siguiente ecuación: Circunferencia = (diámetro transverso + diámetro antero-posterior) x 1.57). El índice cefalopélvico se calculó de la siguiente manera: Diferencias cefalopélvicas:

CC-

CPI; CC-CPM. Diferencias abdominopélvicas: CA-CPI; CA-CPM El valor del índice se obtuvo de la suma de las dos diferencias de circunferencias más positivas en cada renglón. Un índice cefalopélvico positivo se definió como un feto que es más grande que la pelvis materna (presencia de desproporción fetopélvica). Un índice cefalopélvico negativo se definió como un feto que es más pequeño que la pelvis materna (ausencia de desproporción fetopélvica). Las pacientes no conocieron los resultados del índice cefalopélvico.

Los resultados de esta investigación se sintetizan a continuación:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la circunferencia cefálica fetal, circunferencia abdominal fetal, peso estimado fetal y circunferencias de la pelvis media e inferior materna. El índice cefalopélvico fue marcadamente más negativo en el grupo de embarazadas con partos vaginales que en las embarazadas con partos abdominales. 6 6

La

asociación entre los resultados del índice cefalopélvico y el tipo de parto

fue no significativa.

La sensibilidad de la prueba fue de 20.5%, la especificidad de 66.7%, el valor predictivo positivo de 53.3% y el valor predictivo negativo fue

de 1%. Con dichos resultados los autores llegaron a la conclusión de

que el índice cefalopélvico es poco útil en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes.

La utilidad de la valoración pélvica debe de ir en conjunto con de la estática fetal siendo útil para determinar la presentación del feto entre otros, en el caso de diagnosticar clínicamente o imagenológicamente una presentación pelviana es importante de contar con la evidencia disponible al momento, para aplicarla en la práctica diaria como es la posibilidad de usar

la versión cefálica externa procedimiento muy útil para reducir la tasa de cesáreas en las presentaciones pelvianas a término.

Un estudio longitudinal retrospectivo titulado "RECUPERACIÓN DEL PARTO VAGINAL DE NALGAS Y VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA" (5) demuestra que con la correcta valoración de la pelvis materna se puede realizar un parto vía vaginal disminuyendo las cesáreas, aporta buenos resultados acerca de la efectividad de la versión cefálica externa. El parto vaginal en presentación podálica ha sido mayoritariamente abandonado, considerando esto se hace a continuación una síntesis del artículo mencionado. Se analizan retrospectivamente los resultados obstétricos y neonatales de la aplicación de un protocolo de parto vaginal de nalgas tras 10 años de su abandono. Las pacientes eran derivadas a una unidad específica en la semana 36 donde se les ofrecía una versión cefálica externa. Si la presentación de nalgas persistía, eran seleccionadas para intento de parto vaginal si cumplían los siguientes criterios: a) peso fetal estimado 2.500-3.600 g; b) nalgas puras o completas; c) cabeza fetal no hiperextendida, y d) pelvis clínicamente adecuada. El progreso del parto requería: a) primer estadio ≥ 1 cm/h; b) segundo estadio 90 min para el descenso pasivo de las nalgas y una hora de pujos activos, y c) se estableció la disponibilidad de experto localizado. 77 Ciento dos gestantes aceptaron la realización de intento de versión cefálica externa, 69 de las cuales resultaron exitosas (67,6%), mientras que 33 fracasaron (32,4%). En función de la paridad, la tasa de éxito fue del 62% para las nulíparas y del 89% para las múltiparas. En el grupo de mujeres con antecedente de cesárea anterior la tasa fue del 62%. Se encontró a 93 pacientes con presentación de nalgas única y viva tras la aplicación de la versión cefálica externa. En 69 (73,4%) se indicó una cesárea electiva, y 24 (26,6%) fueron candidatas para parto vaginal, 19 de las cuales lo lograron (20,1%). La tasa de cesáreas por esta indicación se redujo significativamente del 5,7% en 2009 a 2,02%. No se observó ningún resultado fetal adverso (muerte fetal, test de Apgar > 7 en 5 min, pH de la arteria umbilical > 7 o traumatismos fetales). Como conclusión de este estudio se verificó que el cumplimiento de los criterios anteparto e intraparto y la disponibilidad de expertos localizados hacen posible un parto vaginal seguro. La aplicación combinada de versión e intento de parto vaginal reduce la tasa de cesáreas por presentación de nalgas. A continuación se cita un artículo de estudio observacional prospectivo titulado "ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA" (6). El objetivo de este análisis es

establecer la relación existente entre los efectos adversos de la versión cefálica externa (VCE) y diferentes variables relacionadas con la técnica. Para esto se utilizó un estudio prospectivo que incluyó a 180 gestantes a las que se realizó una

versión cefálica externa. Se analizaron

los efectos adversos fetales y maternos observados, y su relación con el resultado final de la versión, la experiencia del obstetra, el tiempo empleado en la maniobra, el número de intentos realizados en la misma sesión y el fármaco empleado como relajante uterino.

Los fármacos utilizados fueron ritodrina, salbutamol. En 92

intentos de versión se utilizó ritodrina, en 87 salbutamol y en una gestante no se registró el tipo de fármaco empleado. 8 8

Se obtuvo el éxito de la versión cefálica externa en

el 32,6% de las primíparas y en el 79,19% en multíparas. La tasa global de efectos adversos fue del 28,33%, y fue superior en las versiones que fracasaron, en las de mayor número de intentos fallidos, las de mayor duración de la maniobra y en las que fue utilizado ritodrina como útero-relajante.

De los efectos adversos

considerados como mayores solo se produjo un caso de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (0,55%) y una rotura prematura de membranas (0,55%). Los efectos adversos

menores maternos registrados fueron: 25 casos de dolor abdominal (13,89%), 13 casos de hipotensión o taquicardia materna (7,22%) y un caso de síntomas digestivos (0,55%), representando en su conjunto el 21,67% del total. Los

efectos adversos

menores fetales detectados se limitaron a 10 casos de alteraciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal que no precisaron de ninguna

intervención.

Como conclusión

se obtiene una mayor probabilidad de éxito y una menor tasa de efectos adversos

en la versión cefálica externa en

las que se realiza un único

intento, con una duración total de la maniobra inferior a 5 min y empleando salbutamol como relajante uterino.

Diversos factores influyen al momento de lograr determinar si un parto finalizará por vía vaginal o será un parto vaginal instrumental y en el caso de que este falle se escogerá la finalización del embarazo quirúrgicamente como es la cesárea, dentro de estos factores se encuentran los maternos y fetales, los mismos que deben de ser correctamente individualizados y relacionados con la interpretación clínica del médico que atienda el parto. En una revisión actualizada titulado "PARTO OPERATORIO FALLIDO" (7) López et al hacen una recopilación de la información disponible de los distintos factores que intervienen para que un parto vaginal instrumental falle teniendo presente de la utilización de esta técnica para disminuir la incidencia de cesárea a continuación se hace una síntesis del artículo mencionado:

Factores de riesgo para el fallo del parto operatorio vaginal: 9 9 Se ha descrito que las posiciones en occipitoposterior y occipitotransversa tienen más riesgo de parto operatorio vaginal, cesárea, prolongación de la segunda etapa del parto y desgarro perineales de III y IV grado.

En

un estudio de casos y controles con 393 mujeres que requirieron un parto operatorio en quirófano tras dilatación completa, el fallo del parto instrumental sucedió en el 37%. El 26% finalizó en cesárea, sin intento

de parto vaginal. Así mismo

se observó que las pacientes con un IMC < 30, un peso fetal < 4.000 g y las posiciones occipito posteriores se asociaban a

un mayor riesgo de cesárea (englobando los partos operatorios fallidos). Además, se describe menor riesgo en las presentaciones en el III plano de Hodge frente a las más altas. Así se concluyó que el riesgo de hemorragia materna y estancia hospitalaria fue mayor en las cesáreas, así como el riesgo de ingreso en la UCI (unidad de cuidados intensivos) neonatal, pero con menor riesgo de trauma, sepsis e ictericia fetal. No hubo muertes fetales y un caso de encefalopatía hipóxico-isquémica en el grupo de cesárea directa y otra tras intento de parto operatorio vaginal. En el grupo de parto operatorio vaginal fallido la morbilidad materna no difirió de la cesárea directa, pero se observó una mayor tasa de valores inferiores del pH en arteria umbilical en aquellos sin diferencias en las tasas de ingreso en UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatal). El trauma neonatal fue levemente más frecuente en el parto vaginal fallido. Los autores apoyan con estos resultados el intento de parto vaginal. Un factor importante a la hora del fallo del parto instrumental es el fracaso de la aplicación, que se produce la mayoría de las veces

como consecuencia de: defectos en el aparato o montaje, realización de una técnica incorrecta habitualmente por: realización de vacío inadecuado, interposición de partes blandas, tracción demasiado fuerte, indicación errónea, fallo en la identificación de la posición y altura del punto guía. En la cabezas deflexionadas, o moldeadas tras largas horas de dilatación,

el ecuador de la presentación aún no ha sobrepasado el estrecho superior

cuando el punto guía se encuentra en el tercer plano de Hodge, por lo que debemos exigir una colocación más baja del mismo para

la aplicación del instrumento. Medidas para evitar el fracaso del parto operatorio vaginal

0: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf

81%

Conocimiento de la posición, asinclitismo y actitud fetal: 10 10 Se describe una tasa de fallo para la determinación de la posición fetal mediante tacto vaginal de un 25-65% y para evitarlo muchos autores proponen la realización sistemática de una ecografía

en determinados casos (que tarda de media 10-15 s) (vaginal,

0: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf

69%

abdominal o translabial) en el paritorio, que alcanza tasas de éxito para la identificación correcta en el 100% de los casos. Se describen discrepancias entre el tacto digital y la ecografía abdominal de más de 608 en el 22% y de igual o más de 908 en el 15%.

CONCLUSIONES • Los conocimientos de estática fetal y características anatómicas de la pelvis ginecológica son imprescindibles en el proceso de la labor de parto que en conjunto con medidas empleadas como el tacto vaginal o ecografía intraparto ayudan a la correcta valoración de posible desproporción céfalopélvica. • El examen de pelvimetría resulta útil cuando se realiza al final del embarazo y se aprecia el volumen de la cabeza fetal y la altura de la misma en relación a la pelvis. • Mediante el estudio utilidad del índice céfalopélvica en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes, se pudo comprobar que dicho índice es poco útil en la predicción de parto vaginal en esta población. • El cumplimiento de los criterios anteparto e intraparto y la disponibilidad de expertos localizados hacen posible un parto vaginal seguro.

RECOMENDACIONES Es de suma importancia que el estudiante de medicina conozca

minuciosamente la anatomía de la pelvis ginecológica, así como la fisiología de la estática fetal, los cuales servirán para aplicar a la práctica durante la labor de parto. Es aconsejable aplicar los distintos métodos para valorar la pelvis previo a la labor de parto por parte de los profesionales de salud, lo cual servirá para un buen manejo al finalizar el embarazo garantizando el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. 11 11 BIBLIOGRAFIA 1. Ministerio de salud pública. Normas y protocolo materno. Ecuador –Quito 2008. 2. Cunningham, Leveno, Boom, Hauth, Rouse, Spong. Trabajo de parto y parto. En: Cunningham.Williams obstetricia. 23ª ed. México. Mc Graw-Hill; 2011. Pag. 374 – 405. 3. CarvajalHugo. Examen de pelvimetría y pelvigrafía en el peritaje de obstetricia legal, en casos de distocias de parto por causa materna. Revista Tecnología y Ciencias de la Salud 2014 ; 1(1) 26-47. 4. Ruíz PradaDaicarem, Oberto LealJosé,

Márquez Ríos María, Reyna Villasmil Eduardo, Mejia Montilla Jorly .

Utilidad del índice cefalopélvico en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes.

Revista de Facultad de Medicina, Universidad de 26 Los Andes 2011;20 (1): 26-30. 5.

García Adánez José, Navarro LópezMarina, Fernandez FerreraCarmen, Medina DíazMaría, Pagola LimónNatalia, Vaquerizo Ruiz Oscar, Escudero GomisAna. Recuperación del parto vaginal de nalgas y versión cefálica externa. Prog Obstet Ginecol2013;56(5):248-253. 6. Delgado HerreroJuan Carlos, GarcíaEsther Fandiño, Dueñas Díez José Luis, Carrasco GallegoAntonio.

Análisis de los factores que influyen en la aparición de efectos adversos en la versión cefálica externa.

Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(2):60-64. 12 12 7. López CriadoMaría Setefilla, Santalla Hernández Ángel, Vico Zúñiga Irene, Manzanares Galán Sebastián, Gallo Vallejo José Luis, Puertas Prieto Alberto. Parto operatorio fallido. Prog Obstet Ginecol. 2012; 55(9):453-457. ANEXOS FIGURA 1. Presentación cefálica. Diferencia de actitud del cuerpo fetal en las presentaciones (A) de vértice, (B) de sincipucio, (C) de frente y (D) de cara. 13 13 FIGURA 2. Posición fetal. 14 14 FIGURA 3. Cuatro tipos básicos de pelvis I I

[Metadata removed]

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf

2: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf 81%

Conocimiento de la posición, asinclitismo y actitud fetal: 10 10 Se describe una tasa de fallo para la determinación de la posición fetal mediante tacto vaginal de un 25-65% y para evitarlo muchos autores proponen la realización sistemática de una ecografía

2: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf 81%

CONOCIMIENTO DE LA POSICIÓN, ASINCLITISMO Y ACTITUD FETAL: Se describe una tasa de fallo para la determinación de la posición fetal mediante tacto vaginal de un 25-65% (Akmal 2003) (Sherer 2002) y para evitarlo muchos Medicina Materno-Fetal [7] autores proponen la realización sistemática de una ecografía (10-15

3: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf 69%

abdominal o translabial) en el paritorio, que alcanza tasas de éxito para la identificación correcta en el 100% de los casos. Se describen discrepancias entre el tacto digital y la ecografía abdominal de más de 608 en el 22% y de igual o más de 908 en el 15%.

3: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_06_parto_vaginal_fallido.pdf 69%

abdominal o translabial) en el paritorio que describen tasas de éxito para la identificación correcta en 100% de los casos. En el estudio de Zahlka se describen discrepancias entre el tacto digital y la ecografía abdominal de más de 60° en el 22% y de igual o más de 90° en el 15% 14 .

Instances from: <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>

0: <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>
78%

corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.

Al inicio del

trabajo de parto es crítica la posición del feto con respecto al conducto

del

nacimiento para la vía en que ocurrirá este. En consecuencia, la

0: <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>
78%

corresponde al periodo desde el inicio de las contracciones uterinas regulares dolorosas, hasta la expulsión de la placenta. Al inicio del trabajo de parto es muy importante identificar la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá este. La

Instances from: http://galenos.bligoo.es/media/users/18/941759/files/208243/Exploracion_Obstetrica.pdf

1: http://galenos.bligoo.es/media/users/18/941759/files/208243/Exploracion_Obstetrica.pdf 88%

Se entiende por pelvimetría la medición de los diámetros de la pelvis ósea, y puede ser externa e interna.

1: http://galenos.bligoo.es/media/users/18/941759/files/208243/Exploracion_Obstetrica.pdf 88%

Se entiende por pelvimetría la medición de los diámetros de la pelvis ósea, y puede ser externa e interna.