



TÍTOL DOCUMENT:	PART DISTÒCIC
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC
CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Pàgina núm. 1 de 25

QUA-IM-004 Rev.09

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS


Periodicitat de revisió: cada 5 anys

Responsable revisió: Dr. Hurtado

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	03/12/25	Creació del document	Dra. Bové Dr. Hurtado	Cap Servei Obstetrícia	18/12/2025

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
DCTGO
Intranet

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

1. INTRODUCCIÓ

El part es defineix com les contraccions uterines regulars i doloroses que provoquen una dilatació i esborrament progressius del coll uterí. El part normal culmina amb l'expulsió del fetus i la placenta a través de la vagina (1-6).

1.1. ETAPES

Primera etapa: Esborrament i dilatació cervical

Període des de l'inici de contraccions uterines regulars, fins a arribar a l'esborrament i dilatació cervical completa (10 cm). Es subdivideix en les següents dues fases (1-4):

- Fase latent: Es caracteritza per la presència de contraccions doloroses i una dilatació cervical gradual fins a 4-6 cm. Es tracta d'un període de duració variable per al qual no hi ha una definició basada en l'evidència.
- Fase activa: Es caracteritza per contraccions doloroses regulars i dilatació cervical a partir dels 4-6cm fins a la dilatació completa. La duració és variable i la progressió no és lineal. En aquest moment és quan es considera que s'ha iniciat el treball actiu del part.

Segona etapa: Expulsió fetal

Aquesta etapa comença quan la dilatació cervical s'ha completat i finalitza amb el naixement del nadó. Inclou dinàmica uterina regular i empentes actives. La durada considerada normal per a aquesta etapa depèn de la paritat i l'ús d'anestèsia (1):

- Sense anestèsia epidural: 2 hores en múltiples i 3 hores en primíparas.
- Amb anestèsia epidural: 3 hores en múltiples i 4 hores en primíparas.


Tercera etapa: Deslliurament

Consisteix en la fase d'expulsió de la placenta. La durada és inferior als 30 minuts en cas de deslliurament dirigit o als 60 minuts si és deslliurament espontani (1-7).

1.2. PROGRESSIÓ

Des dels estudis pioners de Friedman el 1954, la comprensió de la progressió del treball de part ha evolucionat significativament. Recents investigacions han demostrat que les taxes de dilatació són més lentes que les descrites inicialment, pel qual actualment les guies reconeixen una progressió més lenta amb l'objectiu de reduir les taxes de cesàries sense incrementar els riscos materns o neonatals (1,2).

Per a avaluar la progressió, durant la fase activa amb progressió normal, es recomana realitzar un tacte vaginal cada quatre hores segons NICE i WHO. Aquesta freqüència s'incrementa a cada dues hores quan hi ha sospita de distòcia, canvis en la condició materna o fetal, trencament de membranes o infusió d'oxitocina. Durant la segona etapa, els controls es realitzen cada una o

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

dues hores, augmentant fins a cada trenta minuts si hi ha sospita de distòcia del descens (4).

2. PART DISTÒCIC



2.1. INTRODUCCIÓ

"Part anòmal" o "distòcia" són termes tradicionals que s'han utilitzat per descriure un patró de part que es desvia de l'observat en la majoria de parts vaginals espontànies. La distòcia afecta al 21-37% de les nul·líparees i al 2-10% de les múltiples (19). Constitueix la indicació més freqüent de cesària no planificada, aproximadament en un 1/3 dels parts (1,8,9), a més d'incrementar el risc de morbiditats maternes o parts instrumentats (20). A continuació, s'indiquen els diferents tipus de distòcies i les seves causes fisiopatològiques corresponents (9):

DISTÒCIA	Presentació clínica	Fisiopatologia potencial
No instauració de part actiu	Fracàs d'inducció	<ul style="list-style-type: none"> • Cèrvix inadequadament preparat
Detenció de la dilatació	Aturada de dilatació cervical durant part actiu	<ul style="list-style-type: none"> • Contractilitat uterina inadequada • Obesitat • Infecció • Resposta a l'estrès matern agut • Fatiga metabòlica uterina
Anomalies de descens fetal	Estació de presentació fetal inadequada (Pla Hodge <III)	<ul style="list-style-type: none"> • Contractilitat uterina inadequada • Malposició fetal • Desproporció cefalo-pèlvica • Esforç expulsiu matern reduït
Distòcia d'espatlles	Dificultat del despreniment espontani de les espatlles del fetus després de la sortida del cap.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupació de l'estret superior de la pelvis materna per la cintura escapular fetal en el seu diàmetre AP.

Els problemes esmentats anteriorment depenen de la interacció entre les contraccions i els esforços maternes (poder), l'anatomia pelviana (passatge) i les característiques fetals (passatger), coneguts com les tres "P" (6):

- **PODER:** Es refereix a les contraccions que poden ser hipotòniques (manca de pressió) o hipertòniques (elevació del to basal uterí o coordinació inadequada). Es considera dinàmica òptima quan trobem 3-5 contraccions >200UM (monitorització interna) o > 60 segons (monitorització externa) cada 10 minuts.

 	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

- **PASSATGER:** Una posició i/o presentació inadequada, les malformacions congènites i la macrosomia representen factors relacionats amb el passatger.
- **PASSATGE:** L'anatomia pelviana pot contribuir a la distòcia. El terme desproporció cefalo-pèlvica es refereix a una condició dins d'aquest factor, definida com una divergència entre les mides del cap fetal i la pelvis materna. Aquesta pot ser causada per contraccions uterines ineficaces o per un fetus macrosoma.

2.2. DISTOCIA EN LA PRIMERA ETAPA DEL PART

2.2.1 Retràs en la fase latent


La durada de la fase latent del part presenta una gran variabilitat, d'unes 14-20 hores (des de l'ingrés fins a l'inici de la fase activa). Tot i que una primera fase prolongada del part s'associa amb resultats adversos, és important destacar que la majoria de gestants entren en la fase activa amb maneig expectant, i en cas que es produeixi una detenció de les contraccions, l'ús d'amniotomia artificial (AA) o oxitocina pot ajudar a assolir la fase activa (1).

Per aquest motiu segons l'ACOG, si l'estat matern i fetal segueix sent tranquil·litzador, es poden evitar els parts per cesària per retràs o detenció en la fase latent recomanant que s'administri oxitocina durant almenys 12 hores (+/- 3h) després de la ruptura de les membranes abans de considerar realitzar la cesària (1). Actualment, segons els estàndards i recomanacions del Ministeri de Sanitat espanyol, al nostra país per identificar la fase activa de part hem de considerar una dinàmica regular, esborrament cervical major al 50% i una dilatació de 3-4 centímetres (10).

2.2.2 Retràs en la fase activa

Un part estacionat es defineixi com la falta de progressió en pacients amb una dilatació mínima de 4-6 cm i ruptura de membranes, malgrat 4 hores amb dinàmica uterina adequada (≥ 3 contraccions cada 10 minuts) o 6 hores amb activitat uterina inadequada i augment d'oxitocina sense canvis en la dilatació cervical.

Els factors de risc associats al part prolongat o aturat inclouen la nul·liparitat, un fetus gran per a l'edat gestacional, l'obesitat materna, l'edat materna avançada, la posició cefàlica fetal (especialment en occipital posterior) i la desproporció cefalo-pèlvica (1).

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

2.2.3 Complicacions


Una primera etapa del part prolongada s'associa amb un increment del risc de resultats adversos materns i neonatals: part per cesària o instrumental, infecció materna o fetal, patiment fetal, ruptura uterina, hemorràgia postpart, laceracions perineals de tercer o quart grau, acidèmia fetal i ingrés a la UCIN.

2.2.4 Maneig general

Donats els riscos del part prolongat, davant el diagnòstic d'una progressió anòmala en la primera etapa, es recomana la gestió activa en lloc de la conducta expectant; aquest enfocament es pot adaptar en funció de la preferència de la pacient (1).

Mesures conservadores	
Hidratació	La ingesta de líquids clars (aigua, suc sense polpa, begudes isotòniques) és segura per a dones en treball de part espontani. En casos de restricció hídrica, es recomana l'administració de líquids intravenosos, ja que redueix la durada del part sense afectar les taxes de cesàries, hemorràgies o parts operatius (1).
Suport emocional	S'associa amb millors resultats i redueix: els parts per cesària o instrumentals, i experiències negatives de part.
Canvis posturals	No s'han observat diferències en la durada del part o taxes de cesària entre diferents posicions. No obstant, la posició de genolls redueix el trauma perineal comparada amb la sedestació (2). Els canvis per millorar el confort matern s'han d'adaptar sempre que permetin un adequat seguiment i tractament maternofetal (3).
Altres intervencions	No s'han observat diferències en les taxes de cesària ni en la durada del part amb l'ús de la bola de cacauet, el massatge perineal, la immersió en aigua o l'acupuntura i acupressió.

Mesures invasives	
AA precoç combinada amb oxitocina	Accelera la dilatació cervical i estimula les contraccions, reduint el temps fins al part sense augmentar les cesàries, el risc de prolapse del cordó, ni altres complicacions maternofetals. Tot i això, incrementa el dolor i el risc de taquisistòlia. Es recomana quan la primera etapa es prolonga. Si s'observa progrés, es manté la infusió a la dosi òptima per aconseguir una dinàmica uterina adequada (1).
Tactes vaginals	Durant la fase activa, es recomana realitzar un tacte vaginal cada 4 hores. Aquesta freqüència s'incrementa a cada 2 hores si hi ha sospita de distòcia, canvis en la condició materna/fetal, trencament de membranes, o quan s'inicia la infusió d'oxitocina (4).
Anestèsia epidural	Alleuja el dolor durant qualsevol etapa del part. No augmenta el risc de cesària ni altres complicacions.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

Monitorització intrauterina	Si es requereix control més precís de la dosi d'oxitocina o si no és possible avaluar adequadament la dinàmica uterina.
Cesària recurs	En cas de fracàs d'inducció o part estacionat (condicions esmentades a l'apartat 2.2.1 i 2.2.2).

2.2.0.1. Particularitats en el part induït

La fase latent del part presenta una durada significativament major en els parts induïts respecte als espontanis, mentre que la fase activa mostra una durada similar en ambdós. Per aquest motiu, quan l'estat matern i fetal es mantenen tranquil·litzadors, es recomana mantenir l'administració d'oxitocina durant almenys 12h (+/-3h) després de la ruptura de membranes abans de valorar una cesària per inducció fallida.

2.3. DISTÒCIA EN LA SEGONA ETAPA DEL PART

2.3.1- Definició


Segons l'ACOG, el diagnòstic de segona etapa prolongada s'estableix:

- Sense anestèsia epidural: 2 hores en múltiples i 3 hores en primíparas.
- Amb anestèsia epidural: 3 hores en múltiples i 4 hores en primíparas.

No obstant, es pot identificar abans d'aquests temps si no hi ha progrés en la rotació o descens fetal malgrat contraccions adequades i espoderaments dirigits.

La durada d'aquesta etapa ve determinada per diversos factors, entre els quals destaquen la paritat, l'epidural, l'índex de massa corporal, el pes fetal, la posició occipito-posterior i l'estació del fetus en el moment d'assolir la dilatació completa.

L'augment de la durada dels espoderaments comporta importants repercussions, com un major risc d'hemorràgia postpart, increment de les intervencions obstètriques (cesàries o parts instrumentals) i augment de lesions perineals greus. A més, s'associa amb una major probabilitat de complicacions infeccioses com la corioamnionitis i amb un increment de la morbiditat neonatal, incloent casos de sèpsia i asfíxia (1).


	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

2.3.2- Maneig general

Mesures conservadores	
Espoderaments dirigits	Retardar els espoderaments s'associa amb menys parts vaginals, major durada de la segona etapa i increment del risc d'hemorràgia postpart, corioamnionitis i acidèmia neonatal. Per aquest motiu, es recomana començar els espoderaments en assolir la dilatació completa per evitar aquestes complicacions.
Aigua calenta i/o calor local a l'esquena i la pelvis	Aquesta estratègia ajuda a relaxar la fàscia i la musculatura pèlvica posterior. Encara que no s'ha demostrat la seva eficàcia directa per corregir malposicionaments, resulta útil per millorar el confort matern durant el part i una reducció dels OASIS.
Canvis posturals	Les dades disponibles indiquen que aquestes tècniques milloren el confort matern sense evidenciar una eficàcia en la correcció de malposicionaments ni en la disminució d'intervencionisme però que pot ser útil en casos individualitzats (13-18)

Mesures invasives	
Tactes vaginals	Durant la segona etapa, una vegada comencen els espoderaments, es recomana realitzar tactes vaginals cada 1-2 hores. Si hi ha sospita de distòcia del descens, la freqüència augmenta a cada 30 minuts-1 hora. Previ a qualsevol procediment, es realitzarà una valoració a per a confirmar dilatació completa i posició fetal adequada (4).
Oxitocina	La prolongació del part pot deure's a una dinàmica uterina inadequada que condueix a una dilatació cervical insuficient i a la no rotació del cap fetal. En aquests casos, l'oxitocina està indicada per aconseguir una dinàmica adequada.
Analgèsia epidural	Opció efectiva per al control del dolor, que s'ha d'adaptar a les preferències de la mare i a les consideracions mèdiques.
Rotació manual	S'ha de valorar en casos de part distòcic amb sospita de malposicionament fetal (Veure apartat 2.3.3.2: Malposició fetal: Maneig).
Instrumentalització	Davant una detenció en la segona etapa del part o si es requereix abreujar el període expulsiu, es valora la possibilitat d'un part instrumental abans d'optar per una cesària. Aquesta recomanació es basa en els millors resultats respecte a la morbiditat materna, sense diferències en la morbiditat neonatal greu (veure apartat 3. Instrumentalització).
Cesària	Cal tenir present que la cesària realitzada durant la segona etapa s'associa amb major morbiditat materna en comparació amb la primera etapa (protocol OBS-PM-001: Cesària) (1).

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

2.3.3- Particularitats

2.3.3.1- Desproporció cefalopèlvica

A. Introducció

La desproporció cefalopèlvica (DCP) és un subtipus de distòcia de descens caracteritzat per un desajust maternofetal on el cap fetal supera les dimensions de la pelvis materna. El diagnòstic s'estableix quan, durant l'expulsiu, el punt guia no arriba al III pla de Hodge en els temps següents (1):

- Sense anestèsia epidural: 2 hores en múltiples i 3 hores en primíparas.
- Amb anestèsia epidural: 3 hores en múltiples i 4 hores en primíparas.

B. Factors de risc

La DCP pot derivar-se tant d'alteracions maternes (capacitat pèlvica disminuïda) com fetals (mida o presentació fetal anòmla), o bé de la combinació d'ambdós (1,6).


Factors materns	Factors fetals
<ul style="list-style-type: none"> - Talla baixa - Deformitats pèlviques - Diabetis - Augment excessiu pes gestacional - Edat materna avançada - Antecedents de DCP 	<ul style="list-style-type: none"> - Macrosomia (PFE \geq4000-4500 g) - Anomalies que augmenten el diàmetre cefàlic

C. Diagnòstic

Les tècniques d'avaluació pèlvica (ecografia o pelvimetria) no han demostrat utilitat clínica en predir DCP. A falta de deformitats pèlviques evidents o variacions extremes morfològiques, no disposem d'eines fiables per diagnosticar o predir complicacions derivades de DCP. Segons l'evidència actual, l'única prova vàlida d'adequació feto-pèlvica és l'evolució del progrés del part (6).

D. Maneig

La DCP durant el part, tot i la seva dificultat diagnòstica clínica, no és modificable i requereix obligatòriament un part per cesària (6). En els casos de sospita de macrosomia fetal, s'estableix la indicació de cesària electiva seguint els criteris del protocol de Macrosomia Fetal (veure protocol OBS-PM-048).

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

2.3.3.2- Malposició fetal

A) Introducció

L'èxit del part vaginal depèn d'un posicionament fetal adequat, que permeti al fetus navegar a través dels moviments cardinals per la pelvis materna.

La malposició del cap es defineix com qualsevol posició fetal que no sigui l'occipito-anterior (OA), fent que la part fetal que entra a la pelvis presenti un diàmetre superior a l'òptim. Aquest fenomen és una causa important de distòcia i pot derivar-se de factors com l'asinclitisme, la posició posterior de l'occípit o presentacions anòmales.


En aquests casos, després de la ruptura de les membranes, l'absència de pressió del cap fetal contra el coll uterí i el segment inferior pot provocar contraccions menys efectives. Això condueix a:

Efectes sobre la progressió del part	
Augment del dolor	Necessitat d'anestèsia epidural
Perllonga el treball del part	Fase activa i expulsiva més llarga
Risc d'intervenció obstètrica	Cesària no planificada o instrumentalització
Complicacions maternes	
Infeccions	Corioamnionitis, infeccions de ferida quirúrgica
Hemorràgia	Atonia uterina (fatiga uterina o traumatisme)
Trauma perineal	Laceracions 3r/4t grau o episiotomies extensos
Complicacions fetals o neonatals	
Trauma obstètric	Paràlisis d'Erb, lesió del nervi facial, fractura clavicular
Asfíxia perinatal	Apgar <7 als 5 minuts, acidèmia umbilical (pH <7.10)
Admissió UCIN	Sèpsia, destrés respiratori o monitorització neurològica

B) Classificació

Asinclitisme

L'asinclitisme es defineix com el desalineament dels eixos centrals del cap fetal respecte a la pelvis materna. El diagnòstic es basa fonamentalment en l'exploració física mitjançant la palpació de la sutura sagital en posició asimètrica.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

Aquesta condició es presenta en dues variants principals:

- Asinclitisme anterior: consisteix en una inclinació anterior del cap fetal. Els graus lleugers poden considerar-se fisiològics quan el fetus es troba en estació alta, resolent-se espontàniament en la majoria de casos. No obstant això, augmenta els diàmetres cefàlics, fet que pot contribuir a l'obstrucció del canal del part.
- Asinclitisme posterior: es manifesta amb una inclinació posterior del cap i representa una situació clínica més complexa. Aquesta variant és pràcticament incompatible amb un encaixament adequat, excepte en casos de fetus petits.

Presentacions de front, cara i sinciput


Les malposicions cefàliques per deflexió constitueixen un 0,1-0,2% dels parts. En condicions normals, el cap fetal aconsegueix una flexió completa amb el mentó en contacte amb el pit. La deflexió o extensió augmenta significativament els diàmetres de presentació, elevant el risc de desproporció cefalopèlvica.

Podem distingir tres tipus principals d'aquestes presentacions:

- Sinciput: cap en posició neutra ("actitud militar"), sense flexió ni extensió.
- Front: cap parcialment estès;
- Cara: cap completament estès. En aquestes presentacions facials, el mentó pot ser anterior (resoluble per via vaginal) o posterior. La majoria de presentacions posteriors es converteixen espontàniament en anteriors, però en aquelles persistents es considera una indicació de cesària, ja que la pressió del bregma contra la sínfisi impedeix la flexió necessària per al progrés pel canal del part

Les causes d'aquestes malposicions inclouen condicions que afavoreixen l'extensió o impedeixen la flexió del cap:

- En fetus prematurs, les dimensions cefàliques reduïdes poden dificultar l'adaptació a la pelvis i la conversió a la posició de vèrtex.
- Factors mecànics com l'augment del volum cervical o cordó umbilical circumdant.
- Malformacions fetals com l'anencefàlia o la presència de polihidramnis
- L'alta paritat, l'abdomen pendular i la laxitud de la paret abdominal afavoreixen l'extensió cervicotoràcica fetal.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

Presentacions posteriors i transverses


La malposició fetal més freqüent és l'occipito-posterior (OP). Els fetus en posició OP mantenen el cap deflexionat, i en les gestants s'observa una relaxació de la paret abdominal, distensió vesical i distòcies dinàmiques. La seva incidència varia segons l'etapa del part: en fases inicials, aproximadament un 15-40% dels fetus presenten aquesta posició, però posteriorment ens podem trobar davant de les següents situacions:

- Rotació espontània a OA (80%): Es produeix en la majoria de casos gràcies a l'acció combinada de contraccions efectives, flexió adequada del cap i mida fetal.
- Persistència d'OP (1.8-12.9%): El deslliurament pot produir-se espontàniament, tot i que la sortida del cap sovint presenta dificultats, o pot no arribar a produir-se, pel major diàmetre que implica aquesta posició.
- Rotació incompleta (0.2-8%): Associada principalment a contraccions deficientes, flexió inadequada o efectes de l'analgèsia epidural, que redueix la pressió muscular abdominal i relaxa el sòl pelvià.

Els principals factors associats a varietats posteriors persistents (VPP) són:

- Diàmetre pelvià transversal disminuït (antropoide i androide)
- Gestants afroamericanes
- Nul·liparitat
- Edat materna avançada
- Menor alçada materna
- Obesitat
- Antecedent de variant posterior
- Edat gestacional superior a >41s
- Pes fetal al naixement >4.400 g.

No s'ha demostrat cap associació entre la malposició OP i procediments com la inducció o l'AA. Quant a l'anestèsia peridural, la relació bidireccional: d'una banda, quan s'administra amb el cap fetal encara en estació alta, s'observa una major incidència de posicions OP i occipito-transverses, probablement per la disminució de la pressió abdominal i la relaxació muscular que comporta l'anestèsia; d'altra banda, cal destacar que les pròpies posicions OP sovint condueixen a una major demanda d'anestèsia peridural a causa del dolor lumbar característic que generen.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

c) Diagnòstic

Sospita clínica

El malposicionament fetal es sospita davant de qualsevol prolongació o detenció del part. Mentre que el tacte vaginal permet valorar l'orientació de la sutura sagital i la fontanel·la anterior, la seva precisió pot veure's limitada durant la primera fase del part per una dilatació cervical insuficient, i en la segona fase per la presència de caput.

Altres signes que aporten fiabilitat al diagnòstic de les variants posteriors i transverses són la persistència de la vora anterior del coll uterí, la palpació de les extremitats fetals a través de la paret abdominal i el dolor lumbosacre intens (26).

Ecografia intrapart


L'ecografia intrapart s'ha consolidat com una eina clau per avaluar malposicions fetals en sospita de distòcia. Aquesta tècnica és superior a l'examen digital per determinar amb precisió l'estació fetal, el progrés del part, la posició i l'actitud del fetus (21-27,30).

Es recomana el seu ús com a complement a l'avaluació clínica en parts amb progressió distòcica, per avaluar la posició fetal abans d'instrumentalitzar, abans d'una rotació manual i en l'assistència d'un part podàlic d'un segon bessó. En aquestes situacions, millora els resultats maternofetals i l'eficiència d'intervencions.

No obstant això, cal evitar la seva aplicació rutinària en parts amb progressió normal, ja que s'ha observat que pot incrementar innecessàriament les intervencions obstètriques sense aportar beneficis en la morbimortalitat maternofetal (21,22).

A continuació es presenta una taula dels paràmetres ecogràfics bàsics per a l'avaluació de malposicions mitjançant ecografia transabdominal (TA) i transperineal (TP):

Posició fetal	
Localitzar l'occípit identificant les següent fites anatòmiques darrere del pubis	
OA (TA/TP)	Cerebel o occípit / Plexes coroidals
OP (TA)	Òrbites
OT (TA)	Línia interhemisfèrica
Actitud cefàlica	
L'avaluació del cap fetal permet valorar el grau de flexió, donat a que una major flexió durant el descens fetal, s'associa a majors probabilitats de part vaginal	

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

Angle occipito-espinal (TA)	Com major l'angle, major la flexió en OA o transversal
Angle pit-mentó (TA)	Com menor l'angle, major la flexió en posicions OP

D) Maneig (annexa 4.2)

1) Identificació del malposicionament

Si s'identifica una malposició en la primera fase del part, no s'indiquen intervencions, ja que no s'han demostrat beneficis i la majoria de fetus giren espontàniament a OA. En canvi, si es detecta en la segona fase, es confirmarà mitjançant ecografia i s'aplicaran canvis posturals, amb reavaluació a l'hora en assolir la dilatació completa.

En presentacions posteriors, transverses o de mentó anterior, s'utilitzaran tècniques per afavorir un part vaginal o instrumentalitzat. Quan el part progressa sense complicacions en posició OP, l'extracció fetal en aquesta posició pot ser una opció segura i efectiva. No obstant això, en cas de distòcia, s'implementaran les mesures de rotació (manual o instrumental) descrites a continuació per intentar aconseguir un part vaginal (25,26,29).

Per contra, les presentacions de mentó posterior representen contraindicacions absolutes per al part vaginal, requerint la realització d'una cesària (20,22).

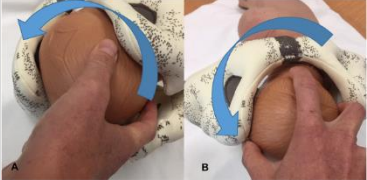
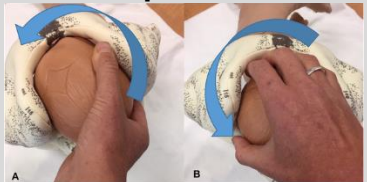

2) Rotació de la variant posterior persistent (VPP)

En casos de part distòcic amb una VPP a l'hora d'haver arribat a la dilatació completa, es valorarà la rotació manual. La rotació presenta taxes d'èxit altes (74-90%), així com una reducció de la taxa de cesàries i la resta de complicacions associades a malposicionaments, sense augmentar cap resultat neonatal advers (25, 28, 29).

Abans de procedir a la rotació, cal assegurar-se que es compleixen tots els requisits necessaris. La maniobra es pot realitzar de manera sincrònica amb les contraccions o entre aquestes, amb la mà dreta en cas que la rotació sigui anti-horària, o amb la mà esquerra si és horària, seguint una de les tres tècniques següents (25):

PART DISTÒCIC

QUA-IM-004 Rev.09


<p>Rotació digital: dit índex i mig</p> 	<p>Introduir la mà amb el palmell cap amunt, col·locant ambdós dits índex i mig en una sutura, preferentment a la unió de dos ossos o darrere de la orella (tècnica de Tarnier). Posteriorment es realitza pressió ascendent per moure la fontanella menor cap al pubis.</p>
<p>Rotació digital: dit índex-mig-polze</p> 	<p>Introduir la mà amb el palmell cap amunt i col·locant els dits índex i mig al pol occipital i el polze cap al frontal. Es realitzarà el moviment de rotació amb la mà i l'avantbraç, a més d'aprofitar els dits índex i mig per intentar flexionar el cap fetal alhora que rota.</p>
<p>Rotació manual</p> 	<p>S'introdueix la mà amb el palmell cap amunt, situant el polze al parietal anterior i la resta a l'altre parietal. Es realitza un moviment de rotació amb lleu elevació per flexionar el cap, amb possible ajuda de la mà lliure via abdominal.</p>

No existeix un nombre màxim de maniobres abans de considerar la tècnica fallida, però sembla que > 4-5 intents la taxa d'èxit baixa i augmenta el risc de laceració cervical.

3) Rotació instrumental a occipitoanterior

Quan es presenta una distòcia del descens amb fracàs de la rotació manual o necessitat d'escurçar l'expulsiu, es considerarà la rotació instrumental. Aquesta opció mostra avantatges respecte al part instrumentalitzat directe en OP, amb menor risc d'episiotomia, laceracions perineals greus, hematomes i hemorràgia postpart (25).

La primera opció a considerar és l'ús del fòrceps rotacional Kielland, que s'anteposa a la ventosa pel seu major percentatge d'èxit en les rotacions. No obstant això, cal tenir present que aquest instrument comporta un risc més elevat de trauma perineal i possibles resultats adversos neonatals.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

3. INSTRUMENTALITZACIÓ

3.1. Introducció

Als països occidentals, els parts instrumentats representen entre el 15-20% dels parts vaginals. La instrumentalització s'empra per accelerar la segona fase del part, tant per indicacions maternes com fetals, amb l'objectiu de prevenir o reduir el compromís fetal i/o matern, alhora que s'evita el part per cesària i la morbiditat que comporta.

L'elecció de l'instrument depèn de les circumstàncies clíniques i de les preferències de l'obstetra. Tot i que els tres instruments són eficaços, hi ha situacions en què un pot ser més apropiat que els altres. Pel que fa a les complicacions neonatals, no hi ha consens sobre quin procediment és més segur; els perfils de complicacions són diferents i els resultats en neurodesenvolupament són comparables (25).3

3.2. Requeriments generals

3.2.1- Indicacions


- Segona fase del part perllongada.
- Sospita de compromís fetal immediat o potencial.
- Necessitat d'escurçar la segona etapa per motius maternos (esgotament, condicions mèdiques que impedeixen l'expulsiu).

3.2.2- Contraindicacions

- No complir els criteris esmentats anteriorment.
- Presentació de front o cara en varietat mentoposterior.
- Evidència clínica de DPF.
- Prematuritat fetal extrema.
- Trastorn de desmineralització òssia, trastorn hemorràgic o de Von Willebrand fetal.

3.2.3- Consideracions

- Estan contraindicats els intents seqüencials de part vaginal assistit amb diferents instruments a causa del major potencial de lesió materna i/o fetal
- S'ha d'abandonar el part vaginal assistit si hi ha dificultat en l'aplicació de l'instrument, el descens del cap fetal no fàcil, han transcorregut més de 15-20 minuts o després de 3 traccions sense èxit.
- Els factors clínics més comuns associats al fracàs del part vaginal assistit són: posició OP, macrosomia, primiparitat, IMC ≥ 30 kg/m² en el moment del part, estació més alta, modelat excessiu del cap fetal i operador menys experimentat

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

3.3. Requisits previs a intervenció obstètrica

1) Requeriments generals:


- Informar a la pacient i obtenir el seu consentiment verbal
- Col·locar en posició de litotomia
- Ajustar l'alçada del llit per permetre una bona ergonomia de l'obstetra
- Verificar la posició fetal mitjançant ecografia intrapart (opcional)
- Assegurar el buidatge vesical
- Administrar analgèsia adequada
- Antibiótic profilàctic d'ampli espectre en el postpart immediat en cas de part instrumentat (Dosi única 1g/200mg d'amoxicil·lina-àcid clavulànic intravenós just després del naixement; si al·lèrgia a la penicil·lina: Clindamicina 900mg IV + Gentamicina 240 mg IV).
- L'episiotomia s'utilitza de forma selectiva (preferentment mediolateral en pacients amb alt risc de laceració esfinteriana)

2) Requisits específics per a parts instrumentals:

- Confirmar presentació cefàlica amb dilatació completa i membranes trencades
- Determinar les característiques fetals (flexió, asinclitisme, caput)
- Verificar que la presentació es trobi al III/IV pla de Hodge
- Revisar el canal del part i sondatge vesical posteriorment a part

3.4. Procediments d'aplicació dels instruments

Ventosa
<ol style="list-style-type: none"> 1) Comprovar que el vacuum funciona i que la pressió màxima <500-600 mmHg. Pressions superiors no augmenten l'èxit i incrementen les complicacions. 2) Lubrificar la ventosa per la part externa i introduir-la a la vagina deprimint el perineu amb una mà mentre es maniobra la cassoleta amb l'altra. 3) Identificar i aplicar la part central de la cassoleta al punt de flexió (a 3 cm de la fontanel·la major, centrada en la sutura sagital). 4) Comprovar la col·locació i assegurar l'absència de teixit matern a la presa. 5) Crear buit en 1-2 minuts i tornar a comprovar la col·locació de la cassoleta. 6) La tracció ha de ser de la següent manera: <ol style="list-style-type: none"> a) Sostinguda però sincrònica amb la contracció i els esforços expulsius. b) Seguir la corba de Carus amb el punt de flexió orientat cap avall, i a mesura que descendeix, horitzontalitzar c) Mantenir l'angle del mànec a 90° en relació amb la cassoleta. d) Mantenir una mà proporcionant tracció i direcció, mentre que l'altra supervisa el progrés i evita el despreniment de la cassoleta fent contracció (polze sobre cassoleta, i índex sobre cap en OA/ pubis en OP). e) Quan passi la contracció o l'esforç expulsiu, s'ha de cessar la tracció però no hi ha evidència de reducció de trauma neonatal per desfer el buit entre traccions.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

- 7) Protecció del perineu per part de l'ajudant.
- 8) Episiotomia selectiva.
- 9) Retirar l'instrument amb alliberament del buit després de l'extracció del cap.

Fòrceps

1. Presentació del fòrceps a l'espai.
2. Desarticulació del fòrceps i col·locació de les branques:
 - 2.1. Col·locació de les branques: S'ha de realitzar protecció del canal del part amb la mà ipsilateral i introducció de la branca amb la contralateral. Les branques s'han d'introduir amb cura, conduint-les únicament amb els dits índex i polze.
 - 2.2. Posicions anteriors: realitzar primer la introducció de la branca esquerra. Això facilita l'articulació de les branques
 - 2.3. Presentacions obliqües: introduir 1er la branca posterior, d'aquesta manera el cap fetal sempre tendirà a rotar cap a occipito-anterior i evitarem la rotació inversa cap a la posició transversa durant la introducció de la branca anterior. Aquest avantatge supera la petita desavantatge de descruar les branques per poder realitzar l'articulació del fòrceps en les ODA.
 - 2.4. Presentacions transverses: col·locació branques segons maniobra de Lachapelle (presa indirecta) o segons Cordua-Lorenzetti (presa directa).
 - 2.5. Posicions posteriors: el punt guia es trobarà 1 o 2 estacions de De Lee per sobre del que estaria si fos una posició OA.
3. Articulació de les branques.
4. Comprovació de la presa:
 - 4.1. La sutura sagital ha d'estar perpendicular a les branques del fòrceps
 - 4.2. La fontanel·la posterior ha d'estar entre ambdós mànecs, amb les sutures lambdoidal equidistants i un dit per sobre del pla de les branques
5. Adaptació i ajust de l'articulació.
6. Tracció:
 - 6.1. Sincrònica amb la contracció i espoderament
 - 6.2. Eventual rotació si és necessari.
 - 6.3. Entre contracció i contracció, es pot desarticular el fòrceps per reduir la compressió cranial del fetus.
7. Comprovació del descens del cap fetal.
8. Episiotomia selectiva.
9. Retirada de l'instrument el més aviat possible per permetre el part espontani.

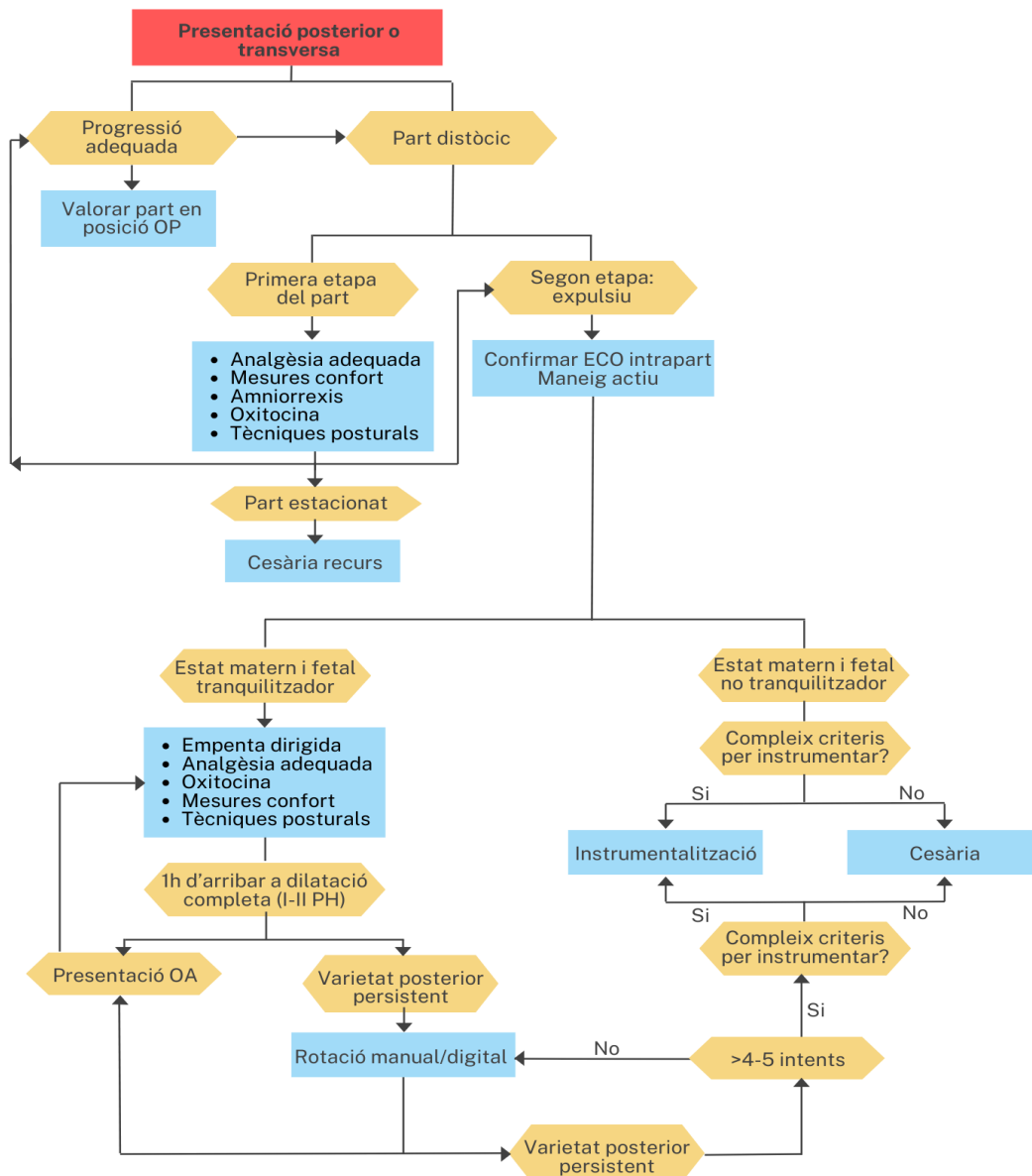
Espàtules


Les espàtules són dues palanques independents, que presenten un punt de recolzament al pòmul fetal (os malar) i un segon punt a nivell del canal del part.

Donada la seva escassa curvatura cefàlica, protegeixen la presentació fetal al canal a l'ajudar retirant les parts toves del canal del part. D'aquesta manera disminueixen la resistència mentre transmeten una força propulsora sobre el cap fetal aconseguida a través dels dos punts de recolzament. Aquests punts de recolzament no són fixes, permetent que es pugui produir una flexió i rotació del cap fetal entre les branques.

PART DISTÒCIC

QUA-IM-004 Rev.09


4. ANNEXE
4.1. Algoritme diagnòstic i terapèutic de les presentacions posteriors/transverses
Figura 1: Algoritme diagnòstic i terapèutic de presentacions posteriors/transverses


	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

4.2. Definicions clau


Concepte	Definició
Primera etapa, fase latent	Contraccions doloroses amb dilatació cervical gradual fins a 4-6 cm + esborrament >50% + dinàmica regular. Període de durada variable 14-20h.
Primera etapa, fase activa	Contraccions doloroses regulars amb dilatació cervical a partir de 4-6 cm fins a dilatació completa. Progressió variable i no lineal. Període de durada variable.
Segona etapa perllongada	Sense epidural: > 3h nul·lípare, 2h múltiples Amb epidural: > 4h nul·lípare, 3h múltiples
Tercera etapa perllongada	>30 min (deslliurament dirigit) >60 min (deslliurament espontani)
Fracàs inducció	Impossibilitat d'establir fase activa o progressió laboral malgrat oxitocina i amniotomia. Mínim 12h (+/-3h) d'oxitocina post-amniotomia.
Part estacionat	Falta de progressió amb dilatació mínima 4-6 cm i ruptura membranes, malgrat 4h amb dinàmica adequada o 6h amb dinàmica inadequada + oxitocina
Desproporció cefalo-pèlvica	Diagnòstic: punt guia no arriba al III pla de Hodge. Sense epidural: 2h nul·lípare, 1h múltiples. Amb epidural: 3h nul·lípare, 2h múltiples

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09


4.3. BIBLIOGRAFIA

- 1) ACOG clinical practice guideline no. 8: First and second stage labor management: Correction. *Obstet Gynecol.* 2025;145(3):e126.
- 2) Winata IGS, Putri TIADWP, Pradnyandari AAV. Diagnosis and management of labor dystocia according to the Friedman Curve. *European Journal of Medical and Health Sciences.* 2024 [citado el 20 de marzo de 2025];6(4):6–8.
- 3) Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, McElligott KA, Moorman PG, Hicklin K, et al. Evidence Summary. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
- 4) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care. London: NICE; 2023.
- 5) Andrew J Satin, Katelyn Ann Uribe. Labor: Overview of normal and abnormal progression. Uptodate.
- 6) Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of labor. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- 7) Cunningham FG, Larry C Gilstrap III, Hauth JC, Leveno KJ, Wenstrom KD, Gant NF. Williams obstetricia. Editorial Medica Panamericana; 2003.
- 8) Malvasi A, Giacci F, Gustapane S, Sparic R, Barbera A, Tinelli A. Intrapartum sonographic signs: new diagnostic tools in malposition and malrotation. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(15):2408–13.
- 9) Kissler K, Joseph Hurt K. The pathophysiology of labor dystocia: Theme with variations, *Reproductive sciences* (Thousand Oaks, Calif.). 2023.
- 10) Nacimiento Y, Locales C, La actividad estimada I y. ENP, Del equipo multiprofesional PP, De seguridad G las CA, Eficiencia C y., et al. Estándares y Recomendaciones. Gob.es.
- 11) Blanc-Petitjean P, Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Dreyfus M, Chantry AA. Factors affecting rotation of occiput posterior position during the first stage of labor. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018;47(3):119–25.
- 12) Cohen SR, Thomas CR. Rebozo technique for fetal malposition in labor. *J Midwifery Womens Health.* 2015;60(4):445–51.
- 13) Stremmler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61(5):294–6.
- 14) Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):511.e1-7.

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

- 15) Hofmeyr GJ, Moreri-Ntshabele B. Maternal postures for fetal malposition in late pregnancy for improving the health of mothers and their infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;2(2):CD014616.
- 16) Levy AT, Weingarten S, Ali A, Quist-Nelson J, Berghella V. Hands-and-knees posturing and fetal occiput anterior position: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021;3(4):100346.
- 17) Barrowclough JA, Lin L, Kool B, Hofmeyr GJ, Crowther CA. Maternal postures for fetal malposition in labour for improving the health of mothers and their infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;8(8):CD014615.
- 18) Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2009(4):CD001063.
- 19) Sandström A. Labour dystocia : risk factors and consequences for mother and infant. Karolinska Institutet; 2016.
- 20) Bueno-López V, Terré-Rull C, Casellas-Caro M, Fuentelsaz-Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposte-riores en el parto. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 118-123.
- 21) Malvasi A, Gustapane S, Tinelli A. Letter to the editor on the article “The use of intrapartum ultrasound to diagnose malpositions and cephalic malpresentations”. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(5):540–1.
- 22) Dall’Asta A, Melito C, Ghi T. Intrapartum ultrasound guidance to make safer any obstetric intervention: Fetal head rotation, assisted vaginal birth, breech delivery of the second twin. *Clin Obstet Gynecol.* 2024;67(4):730–8.
- 23) Pilliod RA, Caughey AB. Fetal Malpresentation and Malposition. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(4):631–43.
- 24) Malvasi A, Barbera A, Di Vagno G, Gimovsky A, Berghella V, Ghi T, et al. Asynclitism: a literature review of an often forgotten clinical condition. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28(16):1890–4
- 25) Martínez Pérez O, González MJC, Hurtado Lupiáñez I. Manual de tocurgia moderna.
- 26) Usman S, Hanidu A, Kovalenko M, Hassan WA, Lees C. The sonopartogram. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(5S):S997–1016.
- 27) Tao H, Wang R, Liu W, Zhao Y, Zou L. The value of intrapartum ultrasound in the prediction of persistent occiput posterior position: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;238:25–32.
- 28) Burd J, Gomez J, Berghella V, Bellussi F, de Vries B, Phipps H, et al. Prophylactic rotation for malposition in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022;4(2):100554.
- 29) Bertholdt C, Morel O, Zuily S, Ambroise-Grandjean G. Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-

	CODI DOCUMENT: OBS-PM-069	Revisió: 01 Pàgina nº 5 de 23 Data última revisió: 03/12/2025
PART DISTÒCIC		

QUA-IM-004 Rev.09

- analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(6):781–93.
- 30) Ghi T, Dall'Asta A. Sonographic evaluation of the fetal head position and attitude during labor. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(3S):S890–900.
- 31) Foggin HH, Albert AY, Minielly NC, Lisonkova S, Koenig NA, Jacobs EN, et al. Labor and delivery outcomes by delivery method in term deliveries in occiput posterior position: a population-based retrospective cohort study. AJOG Glob Rep. 2022;2(4):100080.
- 32) Barth WH. Persistent occiput posterior. Obstet Gynecol. 2015;125(3):695–709.
- 33) Knight M, Chiocchia V, et al. Intravenous co-amoxiclav to prevent infection after operative vaginal delivery: the ANODE RCT. Health Technol Assess. 2019 Oct;23(54):1-54. doi: 10.3310/hta23540.

1. DOCUMENTS RELACIONATS

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
INDUCCIÓ AL PART	OBS-PM-005
CESÀRIA	OBS-PM-001
MACROSOMA FETAL	OBS-PM-048