

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOCENTE: DR RODOLFO DE JÉSUS AGUILAR VELASCO

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 6ºA

TEMA:

“MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO”

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

SITUACION

Relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre. Puede ser longitudinal o transversal. Cuando ambos ejes se cruzan a 45° se denomina oblicuo. Factores que predisponen a una situación transversa son multiparidad, placenta previa, polihidramnios u anomalías uterinas.

PRESENTACIONES FETALES

la parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada dentro del conducto de parto o en su máxima proximidad. Situación transversa hay presentación cefálica y pélvica; situación transversa se presenta el hombro.

PRESENTACION CEFALICA

Cuando la fontanela occipital es la parte que se presenta da lugar a presentación de vértice u occipucio. Cuando el occipucio y el dorso entran en contacto y la frente es la porción más avanzada dentro del conducto de parto corresponde a una presentación de cara. Dos variantes entre estos dos extremos: cabeza parcialmente flexionada en la presentación de la fontanela anterior o bregma (presentación de sincipucio) y la parte extendida (presentación de frente).

PRESENTACION PELVICA

Tiene tres variantes. Presentación franca, completa y podálica. Puede ser por: circunstancias que evitan que ocurra la versión normal (tabique), extensión de la columna vertebral, implantación en el segmento uterino inferior.

ACTITUD O POSTURA FETAL

Postura característica

El feto se flexiona sobre sí mismo, el mentón casi se encuentra con el pecho, los muslos se flexionan sobre el abdomen. En las presentaciones cefálicas los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados. Hay excepciones anormales a medida que la cabeza fetal se torna cada vez más extendida con respecto a la del vértice con tendencia a la presentación de cara.

POSICION FETAL

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado izquierdo o derecho del conducto de parto: hay dos variantes. Derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente. Hay variedades occipitales, mentonianas y sacras izquierdas o derechas. En las presentaciones de hombro, el acromion es la porción del feto elegida para señalar su orientación con la pelvis materna.

DIAGNOSTICO DE LA PRESENTACION Y LA POSICION FETALESPALPACION ABDOMINAL: MANIOBRAS DE LEOPOLD

1. La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, cefálico o podálico, ocupa el fondo uterino.
2. La segunda maniobra se realiza colocando las palmas de las manos a ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión suave y profunda. Por un lado, se percibe una resistencia dura, el dorso y en el otro, numerosas partes pequeñas, irregulares.
3. La tercera maniobra se realiza tomando la parte inferior de la sínfisis del pubis, entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada se identifica una masa móvil que corresponde a la cabeza.
4. En la cuarta maniobra el explorador se pone de frente a los pies de la paciente, y con las puntas de los tres primeros dedos de cada mano se ejerce presión profunda en dirección al eje de entrada pélvica.

TACTO VAGINAL

Para determinar la posición y presentación por tacto vaginal, es aconsejable seguir un sistema definido de cuatro movimientos. Primero el explorador inserta dos dedos en la vagina y encuentra la parte que se presenta. A continuación, se diferencian con facilidad el vértice, la cara y la pelvis del feto. Si el vértice es el que se presenta, los dedos se dirigen en sentido posterior y se deslizan en seguida hacia la cabeza fetal. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior de la sutura sagital y se encuentra la sutura correspondiente. Por último, la altura de presentación puede definirse en este momento.

ECOGRAFIA Y RADIOLOGIA.

La ecografía transvaginal es mejor para identificar la posición de la cabeza fetal.

PRESENTACION OCCIPITAL ANTERIOR

Los cambios de posición de la parte que se presenta, necesarios para pasar a través del conducto pélvico, constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos son: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

ENCAJAMIENTO

Mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica. El encajamiento de la cabeza fetal antes del trabajo de parto no repercute en la frecuencia de parto vaginal.

ASCICLITISMO

Deflexión lateral hacia una ubicación más anterior o posterior dentro de la pelvis. Si la sutura sagital alcanza el promontorio sacro, se presenta una mayor parte del parietal anterior al médico que explora, y esta circunstancia se llama asciclitismo anterior. Si la sutura sagital yace cerca de la sínfisis se presenta una mayor parte del parietal posterior, se conoce como asciclitismo posterior. Los cambios sucesivos entre asciclitismo anterior y posterior favorecen el descenso.

DESCENSO

En multíparas suele iniciarse con el encajamiento y es consecutiva a una o más de cuatro fuerzas:

- 1) presión del líquido amniótico,
- 2) presión directa del fondo uterino sobre la pelvis durante las contracciones,
- 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos, y
- 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio de trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo.

FLEXION

El mentón se desplaza hasta alcanza contacto íntimo con el tórax fetal y así cambia el diámetro suboccipitobregmatico más corto, por el diámetro occipitofrontal más largo.

ROTACION INTERNA

Consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia, en dirección posterior hacia el hueco del sacro.

EXTENSION

Quando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior y, la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El

vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza. La cabeza nace conforme occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último mentón, pasan de modo sucesivo sobre el borde anterior del perineo

ROTACION EXTERNA

Si el occipucio originalmente se dirigía hacia la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se orientaba hacia la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua da paso a la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis.

EXPULSION

Aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. El cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

CAMBIOS EN LA FORMA DE LA CABEZA FETALCAPUT SUCCEDANEUM

En los trabajos de parto que se prolongan antes de completar la dilatación del cuello uterino, la región de la piel cabelluda fetal que se ubica justo por encima del cuello uterino edematizado. El edema se conoce como kaput succedaneum Mas a menudo, el kaput se forma cuando la cabeza se encuentra en la porción más baja del conducto de parto y con frecuencia solo después de que se encuentra resistencia por un plano de salida vaginal rígido.

MOLDEAMIENTO

El cambio de forma de la cabeza fetal por fuerzas de compresión externas. La mayor parte de los estudios indica que es raro que los huesos parietales se superpongan. El moldeamiento da lugar a un acortamiento del diámetro suboccipitobregmatico y una prolongación del diámetro mento vertical. Debido a la gran cantidad de factores adjuntos, como por ejemplo la prolongación del trabajo de parto con la septicemia y la acidosis en el feto, es imposible vincular el moldeamiento con cualquier secuela neurológica fetal o neonatal que se proponga.

CARACTERISTICAS DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

El inicio del trabajo de parto se define como la hora del reloj en que las contracciones dolorosas se vuelven regulares. Un segundo método define el inicio del trabajo de parto a partir del ingreso a la unidad de atención del trabajo de parto. Los criterios de admisión que a término requieren la presencia de contracciones uterinas dolorosas acompañadas por una de las siguientes circunstancias:

- (1) rotura de Membranas,

- (2) expulsión del tapón mucoso,
- (3) borramiento completo Del cuello uterino. La dilatación de 3 a 4 cm del cuello uterino o mayor constituye un umbral razonablemente confiable para el diagnóstico de trabajo de parto

Primer periodo del trabajo de parto

Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino. La fase latente corresponde a la división preparatoria y la fase activa a la de dilatación. Friedman subdividió la fase activa en fase de aceleración, de máxima pendiente y fase de desaceleración

FASE LATENTE

El inicio de la fase latente corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación.

FASE LATENTE PROLONGADA

Fase de latencia mayor de 20 h en la mujer nulípara y de 14 h en la multípara. Entre los factores que modifican la duración de la fase latente se encuentran la sedación excesiva o la analgesia epidural.

TRABAJO DE PARTO ACTIVO

Se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral del trabajo de parto activo. La duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 h. la fase activa se refería con una máxima estadística de 11.7 h. En realidad, los ritmos de dilatación del cuello uterino variaron desde un mínimo de 1.2 hasta 6.8 cm/h. Segunda fase del trabajo de parto Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable. Duración del trabajo de parto La duración promedio del primero y segundo periodos de trabajo de parto era de casi 9 h en nulíparas sin analgesia regional y que el límite superior era de 18.5 h. Los tiempos correspondientes para multíparas fueron en promedio de casi seis horas, con un máximo de 13.5 h

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

Postura del feto

Relación entre el eje longitudinal fetal y el eje longitudinal de la madre.

Puede ser:

LONGITUDINAL

TRANSVERSAL

99% de embarazos a término

Presentación

Parte del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada en el interior del canal del parto o más cercana de él.

Puede ser:

CEFÁLICA

DE NALGAS

DE HOMBRO

Presentación cefálica

Se clasifica según la relación entre la cabeza y el cuerpo fetales.

Vértice

Sincipital

De cara

De Cejas

Factores predisponentes

- Multiparidad
- Placenta previa
- Hidramnios
- Presencia de anomalías uterinas.

Presentación de nalgas

Puede ser:

Franca

Completa

Incompleta

Actitud del feto

El feto adopta una postura característica designada con el nombre de actitud o hábito.



Posición del feto

El feto adopta una postura característica designada con el nombre de actitud o hábito.

MANIOBRA DE LEOPOLD

1

Primera maniobra

El examinador palpa con suavidad el fondo uterino con los extremos de los dedos de ambas manos para establecer el polo fetal presente en el fondo uterino.

2

Segunda maniobra

Coloca las palmas de las manos a ambos lados del abdomen y ejerce una presión suave pero firme.

3

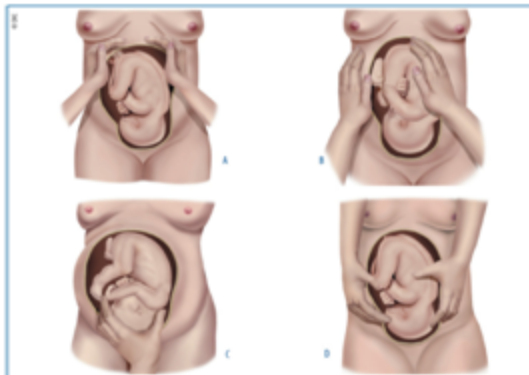
Tercera maniobra

Mediante el pulgar y los dedos de una mano, el examinador pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis.

4

Cuarta maniobra

El examinador se ubica de cara a los pies de la madre y con los extremos de los dedos índice, medio y anular de cada mano ejerce una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis.



Encajamiento

Mecanismo mediante el cual el diámetro biparietal, que representa el máximo diámetro transverso de la cabeza fetal en las presentaciones de vértice, pasa a través del estrecho superior de la pelvis.

Asinclitismo

Desviación de la cabeza fetal hacia una posición más anterior o posterior en la pelvis.

Descenso

Es el primer requisito para el nacimiento del niño.

Flexión

En el momento en que la cabeza fetal descendente encuentra resistencia, ya sea por el contacto con el cuello uterino, las paredes de la pelvis o el piso de la pelvis, por lo general se flexiona.

Rotación interna

Es esencial para que el trabajo de parto pueda completarse, salvo en el caso de un feto inusualmente pequeño.

Rotación externa

Es esencial para que el trabajo de parto pueda completarse, salvo en el caso de un feto inusualmente pequeño.

Expulsión

Casi inmediatamente después de la rotación externa, se observa la aparición del hombro anterior debajo de la sínfisis pubiana y poco tiempo después el perineo es distendido por el hombro posterior.