

Trabajo de parto y episiotomía

2do parcial

Ginecología y obstetricia

Alumna: Andrea Citlali Maza López

Dr. Rodolfo de Jesús Aguilar Velazco

Medicina Humana

Sexto semestre

24 de abril de 2023

Parto

- Es el proceso de terminación fisiológica del embarazo, con la expulsión del feto maduro por las vías naturales, seguido, casi de inmediato, por la placenta y las membranas

Trabajo de parto

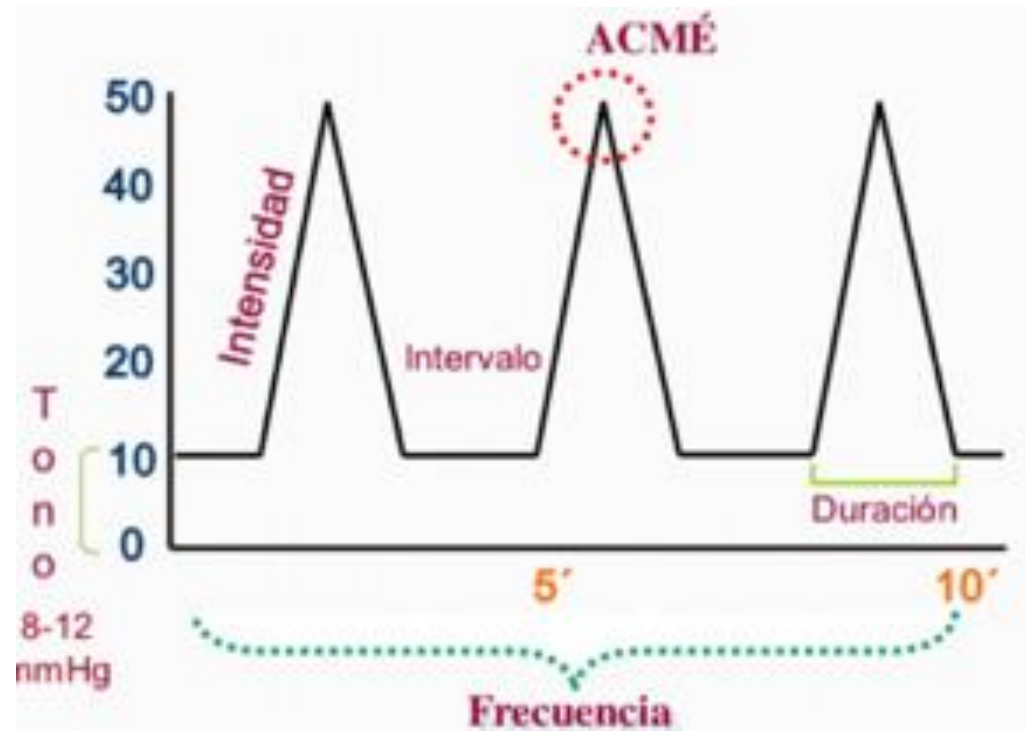
- Es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se dilate y afine el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto.

Elementos del parto

- La contracción uterina, definida como el motor del parto, que el que suministra la energía necesaria para que este se produzca, dilatando el cérvix y empujando al feto hacia el exterior
- Presión basal. Es la presión más baja que se registra entre contracciones durante el periodo de relajación uterina. Estas cifras varían de 8 a 12 mmHg.
- Intensidad. Es la presión máxima que alcanza la contracción uterina, y los valores normales durante el trabajo de parto oscilan entre 30 y 60 mmHg.

➤ Frecuencia. Es una expresión del intervalo entre contracciones, o sea, el periodo entre dos contracciones consecutivas. El intervalo entre contracciones se mide entre el punto máximo de dos contracciones uterinas. (10 min).

➤ Duración. Es el tiempo que transcurre desde que inicia la contracción hasta que se recupera el tonobasal. La duración normal es de 30 a 90 segundos

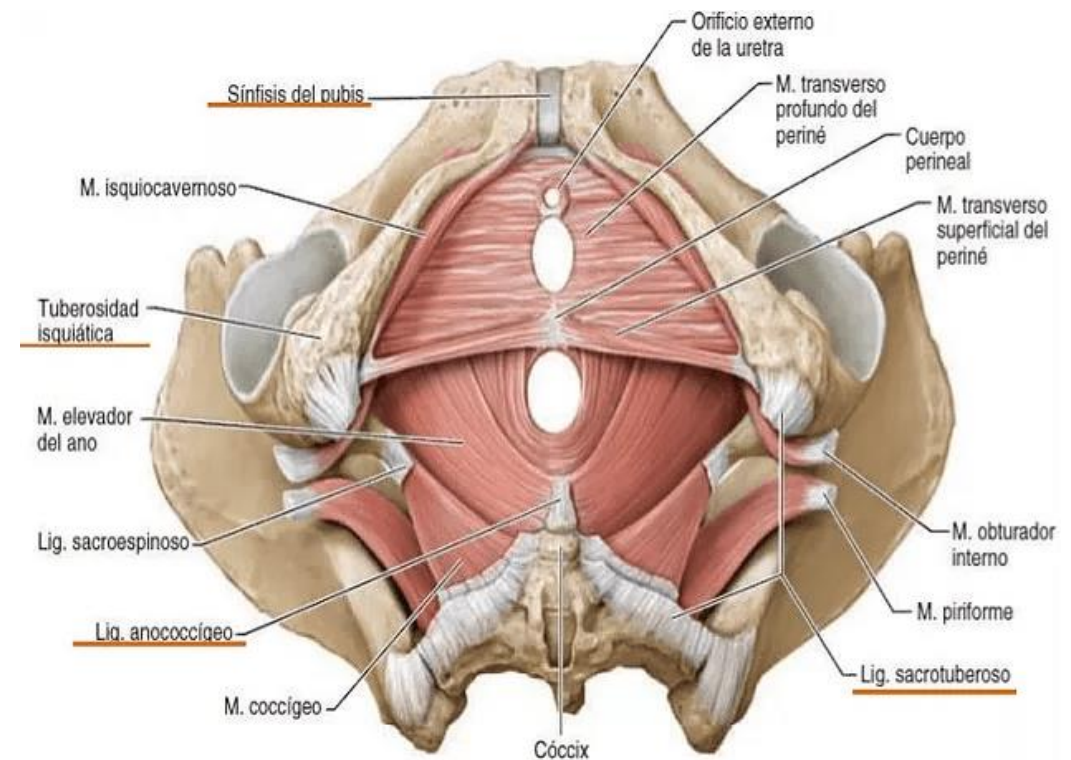


➤ Forma de la onda uterina. Tiene la forma de una campana con una marcada pendiente de ascenso que lleva al punto más elevado de la curva y representa la potencia real de la contracción.

➤ Propagación. La onda de contracción se origina en uno de los dos marcapasos situados en el cuerno uterino cerca de las trompas.

➤ Actividad uterina. La “Unidad Montevideo” (UM), propuesta en 1957, representa el producto de la intensidad promedio de las contracciones uterinas, multiplicado por el número de contracciones en 10 minutos. Durante el trabajo de parto, los valores oscilan entre 90 y 250 UM (Caldeyro-Barcia and Sica Blanco, 1957).

- El canal del parto, que es el camino que debe de recorrer el feto en su camino hacia el exterior, que esta limitado externamente por los huesos de la pelvis (canal óseo) e interiormente por las estructuras blandas que tapizan



Mecanismos del trabajo de parto

- El trabajo de parto se inicia a través de la liberación de inhibidores de la síntesis de progesterona.
- Reflejo de Ferguson I: la distensión progresiva del útero estimula los receptores locales que por vía neuronal estimula los núcleos supraópticos y paraventriculares que liberan oxitocina.
- Reflejo de Ferguson II: la mayor distensión del segmento inferior además de el borramiento y dilatación cervical llevaría nuevos estímulos reflejos hacia la neurohipófisis lo que estimula la secreción de oxitocina.

Etapa 1

Se llama dilatación a la abertura del cérvix o cuello del útero, aunque genéricamente nos referimos a la dilatación como al periodo del embarazo o del parto que precede inmediatamente al expulsivo del feto.

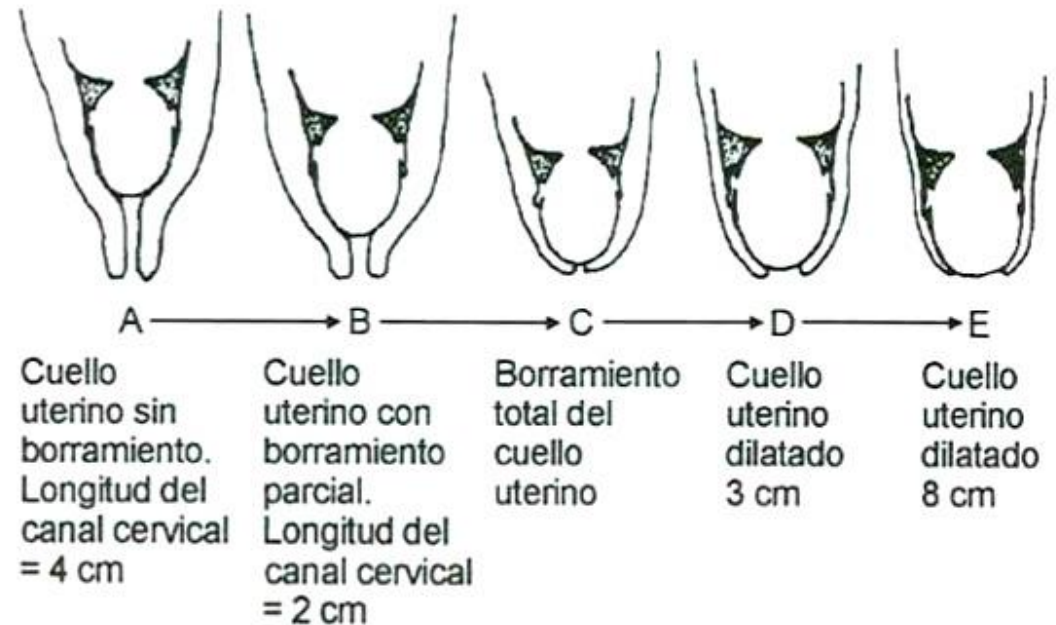
Duración de una dilatación: En esta etapa del parto el cuello de la matriz se dilata de 0 a 3 centímetros. Las contracciones pueden durar entre 30 y 60 segundos y puede haber entre ellas de 5 a 20 minutos.

*Fases:

- latente
- activa
- transición

Latencia

Se producen los cambios finales preparatorios del cérvix, en especial su reblandecimiento y borramiento, mientras de forma paralela van aumentando progresivamente las contracciones uterinas, que son percibidas por la mujer pero que, en general no como dolor, sino como presión pélvica y endurecimientos uterinos.



Además de la percepción de las contracciones, durante esta fase aparece también el "manchado" o expulsión del tapón mucoso endocervical, al borrarse el espacio que lo contenía. Usualmente se acompaña de una pequeña hemorragia y/o el tapón se ha licuado antes y se expulsa muy líquido, confundiendo con la rotura de la bolsa de las aguas. La duración de la fase de latencia es de 8 a 12 horas.

Fase activa

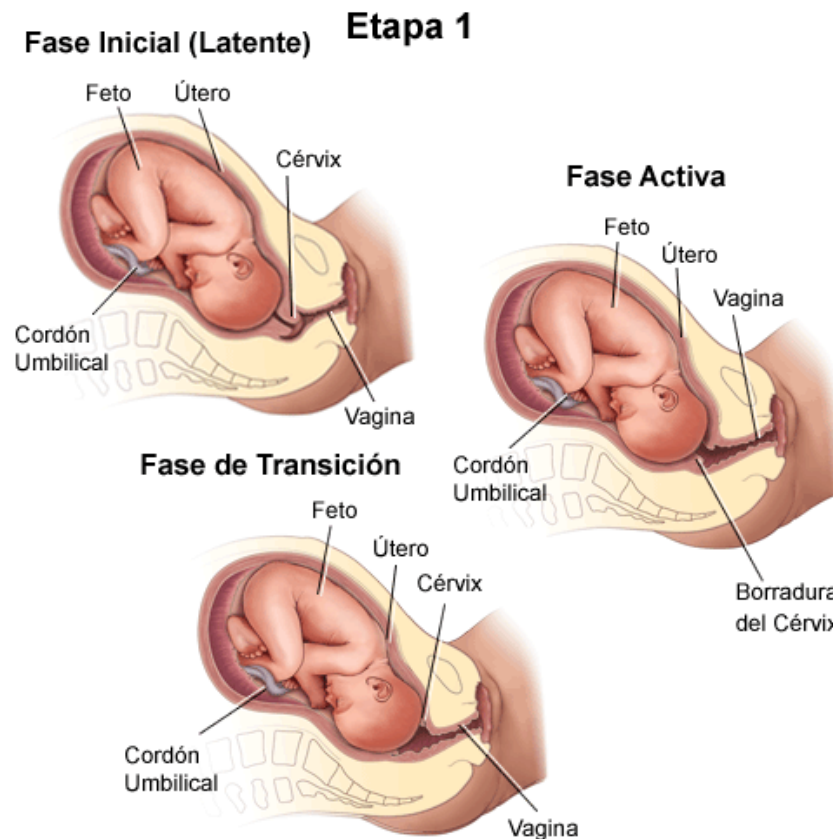


- **Aceleración** : Es la inicial, en la que la dilatación , que a penas ha progresado durante la fase de latencia hasta los 3 cm, acelera su ritmo.
- **Máxima pendiente**: La dilatación toma su ritmo estable de progresión, de promedio 1 cm/hora, hasta alcanzar casi la dilatación máxima, los 9 cm.
- **Deceleración**: Es un discreto enlentecimiento de la dilatación, no siempre perceptible, hasta completarse la misma.

Transicional

Dilatación del cuello uterino de 10 cm (completamente dilatado) y la cabeza del bebé se mueve hacia abajo a través del canal de nacimiento.

Es la más corta pero la más intensa y la madre puede sentir náuseas, vómito, dolor de espalda y temblores.

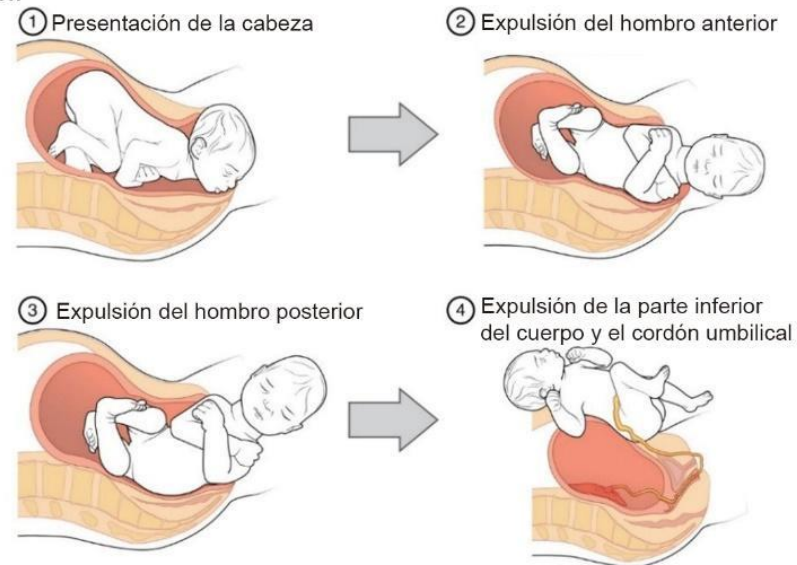


Etapa 2 Expulsión

En esta etapa, el cuello uterino alcanza la dilatación máxima, lo que significa que está lo suficientemente abierto para el parto. La duración de esta etapa varía respecto de la posición y el tamaño del bebé, y de su habilidad de pujar con las contracciones. Para las madres primerizas la duración promedio de esta etapa varía de 1 a 2 horas.

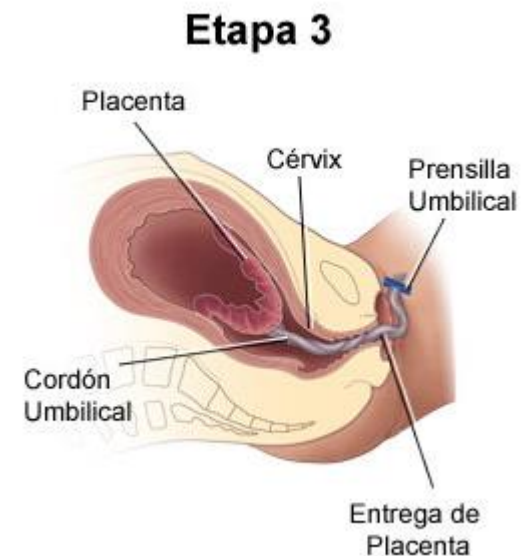
- Fuerzas ejercidas
- -Descenso
- -Flexión
- -Encajamiento
- -Rotación interna
- -Extensión
- -Rotación externa

Etapa 2:
Expulsión



Etapa 3 Alumbramiento

Es el periodo que transcurre entre la salida del feto y la expulsión de la placenta. Tras el nacimiento del bebé y la separación de la madre mediante el corte del cordón umbilical, se producen unas contracciones, menos intensas y dolorosas que las del periodo de dilatación, que provocan una reducción del tamaño del útero y éste, al contraerse, ayuda a que la placenta, las membranas y el resto del cordón se desprendan de la pared uterina y sean expulsados al exterior



Etapa 3



Durante la etapa 3:

Las contracciones comienzan de 5 a 10 minutos después del nacimiento del bebé.

La mujer puede tener escalofríos o sentirse temblorosa.

Por lo general, la placenta tarda menos de 30 minutos en salir de la vagina. El proveedor de atención médica puede pedirle a la mujer que puje. El proveedor puede jalar suavemente el cordón umbilical y masajear el útero para ayudar a que la placenta se libere. En algunos casos, la mujer puede recibir medicamentos para prevenir el sangrado

Actividades a realizar para el primer periodo del trabajo de parto

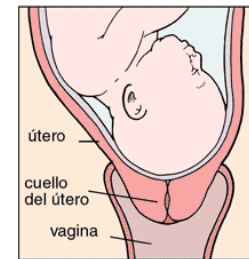
1: Registrar latidos fetales c/d 10 o 15 min.

Auscultación practicarse durante y después de contracción uterina en forma continua, ya que de esta forma es más fácil detectar datos que sugieren compromiso fetal.

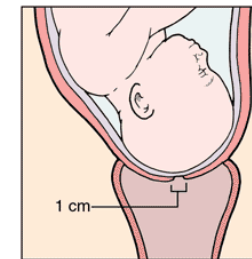
Examinar a la paciente con exploración vaginal según sea necesario para seguir el progreso del trabajo de parto. Si no existen complicaciones, puede practicarse cada hora, conforme vaya progresando deben de ser más frecuentes.

Borramiento y dilatación cervical durante el parto

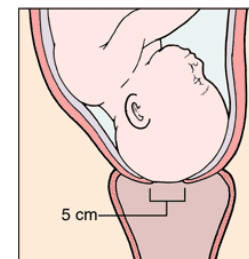
(Cervical Effacement and Dilatation During Labor)



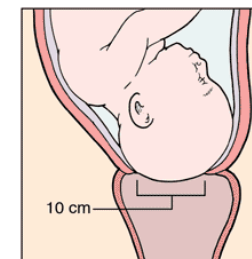
1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.



2. Cuello del útero borrado y dilatado a 1 cm.



3. Cuello del útero dilatado a 5 cm.



4. Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

- Mantener higiene perineal apropiada.
- Se lavara la región vulvar antes y después del examen interno (cervicovaginal), después de la defecación y la micción o cuando se acumulen secreciones.
- Registrar en forma periódica frecuencia y características de contracciones uterinas, así como tono uterino, cada 30min.

PARÁMETRO CUANTITATIVO	VALOR NORMAL	DISTOCIAS CUANTITATIVAS	
		AUMENTO	DISMINUCIÓN
1. Frecuencia (en 10 minutos)	2 a 5	Taquisistolia	Bradisistolia
2. Intensidad (en mm Hg)	30 a 50	Hipersistolia	Hiposistolia
3. Duración (en segundos)	20 a 90	Hipercronosia	Hipocronosia
4. Tono (mm Hg)	8 a 12	Hipertonía	Hipotonía
5. Actividad Uterina (U. Montevideo)	60 - 250	Hiperactividad	Hipoactividad

- Evitar distensión vesical.
- Alentar a la paciente a que orine , en caso de que esto no sea posible, debe colocarse una sonda y evacuar la vejiga.

- Preparación para el parto
- Debe colocarse a la paciente en posición ginecológica, esto para mejorar esfuerzos expulsivos al sumar los efectos de la fuerza de gravedad.

- Preparación quirúrgica de la región vulvar con detergente y soluciones antisépticas.
- Colocar campos quirúrgicos cubriendo los muslos y el abdomen.

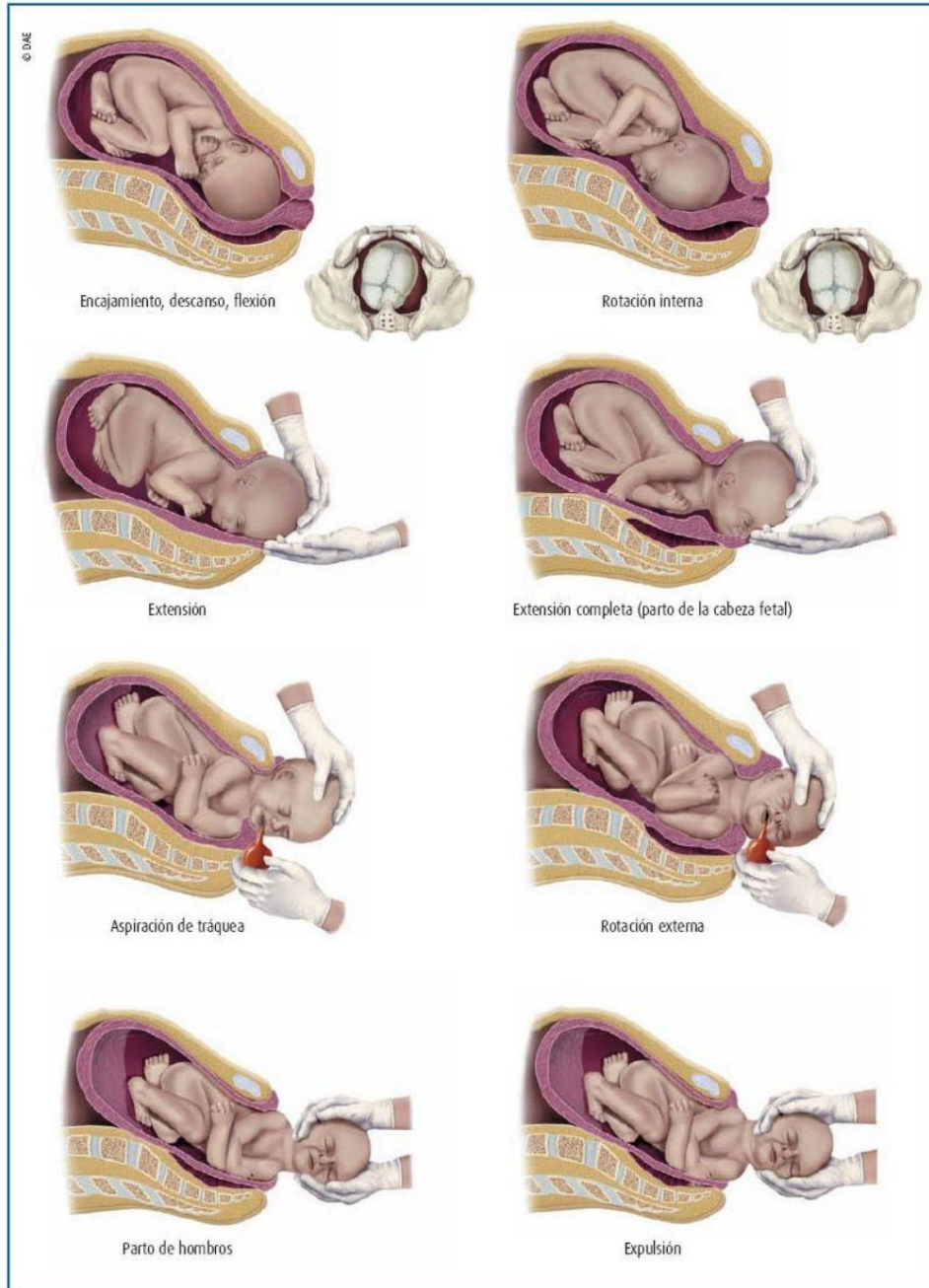
Actividades a realizar para el segundo periodo del trabajo de parto

- Parto espontáneo en presentación de vértice se divide en 3 fases: Parto de la cabeza, Parto de los hombros y Parto del cuerpo y piernas.
- En cada contracción la abertura vulvovaginal se ve mas delatada pro la cabeza fetal, formando gradualmente un ovoide y por ultimo una abertura casi circular.

- Hay que tener controlado el parto para evitar expulsión repentina y vigorosa del feto; por lo tanto, conforme avanza la cabeza, hay que mantener la flexión de esta cuando sea necesario mediante presión sobre el perineo.

- "Parto de cabeza"

Aparece vértice, luego la frente, la cara y por último, el mentón. Después aparece el cuello. Si se presenta circular del cordón umbilical al cuello, si no está apretada, se desliza sobre la cabeza o sobre el tronco del feto conforme va saliendo, o bien cuando esta ajustada, se pinza por duplicado el cordón, se corta entre ambas pinzas y se proseguirá con el parto.



"Parto de Hombros"

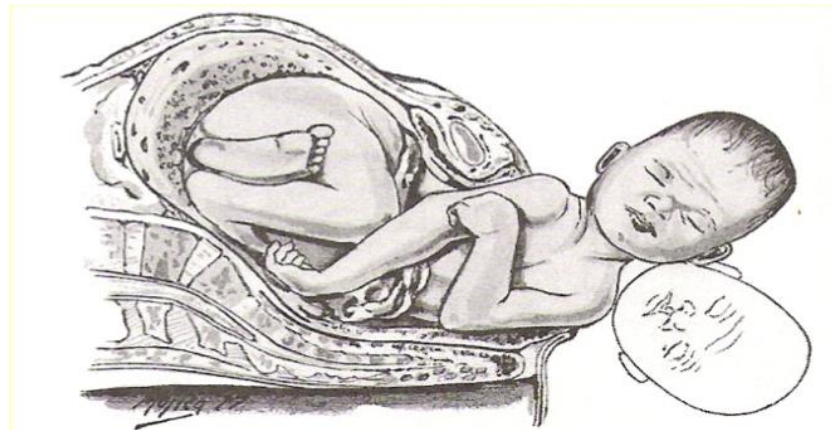


Figura 10-13.
Movimientos cardinales del parto: expulsión.

Lento y gradual
Rotar hombros si es necesario
En ocasiones puede aparecer una mano despues de la cabeza; en estos casos solo hay que pasar la mano y el brazo sobre la cara del feto, extraer el brazo y se hara nacer el otro hombro.

Parto de Cuerpo y extremidades

Extraídos gradualmente mediante tracción suave.

Mantener neonato a nivel de la madre y esperar 15 a 30 segundos antes de pinzar cordón

Colocar 2 pinzas en el cordón y cortar entre ambas.

Atención del alumbramiento.



Dos conductas:

Salida espontánea de placenta o manejo activo por agentes uterotonicos (oxitocina, ergonovina o prostaglandinas) esto antes de que la placenta sea parida.

Oxitocina: 20 a 30 mul/min hasta 40 a 60 mul/min.
Ergonovina: 0.2 mg IM
Misoprostol ug vía oral

Después del desprendimiento. Extraer placenta con maniobra de Brandt-Andrews. Que consiste en detener el cuerpo uterino por arriba del pubis con una mano, mientras con la otra se tracciona el cordón umbilical.

Manejo Activo del trabajo de parto
Prevención de distocias y
alternativa de partos prolongados.

Causas de partos prolongados:

Acción uterina ineficaz

Desproporción cefalopelvica

Posición occipitoposterior de la
cabeza fetal.

Manejo activo:

Cuando se ha establecido
diagnostico de trabajo de parto
con cervix borrado, presentación
de vértice y pelvis con diámetros
normales, se inicia de la sig
manera:

1. Aplicación de bloqueo peridural
(con 3 cm de dilatación)
2. Amniotomia
3. Administración de oxitocina si
no hay progresión evidente en la
dilatación cervical posterior a la
amniotomia.

Episiotomía

La palabra episiotomía deriva del griego episio que significa región púbica y de tomé que es corte. Es una incisión quirúrgica de la vagina y periné para agrandar la apertura de la vagina, durante la coronación de la cabeza fetal en el trabajo de parto. Ésta puede ser media, medio-lateral y lateral, entre otras, siendo las dos primeras las más utilizadas.



Episiotomía

La episiotomía medio lateral, ha demostrado una reducción en los desgarros del esfínter anal cuando se compara con la episiotomía media (primigestas 9% vs 20% y multigestas 1.7% vs 12% respectivamente).

En cuanto a la indicación, la episiotomía puede realizarse de rutina (parte del manejo de rutina) o de manera restrictiva o selectiva (solo si se necesita). La episiotomía de rutina se ha relacionado un mayor riesgo de desgarro perineal severo y no existe diferencia estadísticamente significativa entre la pérdida sanguínea durante el parto, Apgar al nacimiento <7 a los 5 minutos, infección perineal, dolor perineal moderado o severo y dispareunia a largo plazo (al menos 6 meses) al compararse con la episiotomía selectiva.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-2016 para la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio” recomienda realizar episiotomía de manera SELECTIVA dependiendo de la valoración clínica

El tipo de episiotomía recomendada debe ser medio lateral y llevarse a cabo de manera selectiva de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- Parto Instrumentado
- Laceración perineal inminente
- Distocia de hombros
- Compromiso fetal (frecuencia cardiaca fetal categoría III)
- Periné corto
- Occipito posterior

REQUISITOS PARA REALIZAR ADECUADAMENTE UNA EPISIOTOMÍA



- Consentimiento de la paciente
- Conocimientos adecuados de la anatomía perineal y estructuras adyacentes
- Exposición y luz adecuada para visualizar el campo quirúrgico
- Material adecuado
- Analgesia adecuada
- Corte en el momento adecuado
- Profundidad, longitud y ángulo adecuado

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DE EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL



- Asepsia y antisepsia de la región perineal
- Anestesia local con Lidocaína 1% 5-20ml en el sitio de la episiotomía, o bloqueo peridural o bloqueo de pudendos.
- El afeitado es innecesario.
- La episiotomía debe realizarse en el momento de la coronación fetal.
- La incisión debe realizarse iniciando en la horquilla en sentido lateral y utilizando tijeras con filo adecuado para lograr un corte único, de 3 a 6 cm de longitud, en un ángulo >60 grado

- El ángulo resultante posterior al nacimiento debe ser de 40 a 60 grados con respecto a la línea media para minimizar la lesión del esfínter anal (por cada 6 grados de alejamiento de la línea media se reduce un 50% el riesgo de desgarros perineales severos).
- Después del nacimiento se realiza inspección visual (revisión adecuada del canal de parto de arriba abajo y evaluar la extensión de la episiotomía buscando desgarros)
- Realiza examen rectal para evaluar integridad del esfínter anal y mucosa rectal

REPARACIÓN DE EPISIOTOMÍA MEDIO LATERAL



- 1. La reparación debe hacerse por planos con adecuada hemostasia y restauración anatómica de los tejidos, con una exposición adecuada.
2. Identificar vasos sangrantes, ligar para controlar la hemorragia arterial y evitar la formación de hematomas
3. Colocar dos dedos en vagina para separar los bordes de la incisión y visualizar adecuadamente el vértice de la incisión.
4. Llevar a cabo cierre con sutura continua de absorción retardada 2-0 (Poliglactina 910) con un solo hilo.
5. Colocar sutura, 1 cm por encima del ángulo de la incisión vaginal y cerrar la mucosa vaginal y áreas submucosas hasta el introito (surgete continuo)

6. Con la misma sutura realizar cierre del tejido de soporte evitando distorsión utilizando suturas diagonales en lugar de horizontales (no más de 6)
 7. Continuar con cierre del músculo bulbocavernoso y transverso superficial (las suturas deben colocarse en la cubierta fascial y no en el músculo).
 8. Aproximar el tejido subyacente y piel (con sutura subdérmica).
 9. Anudarse a nivel de vagina y realizar corte de sutura.
 10. REALIZAR TACTO RECTAL AL FINALIZAR EL CIERRE DE LA EPISIOTOMÍA
- Debe utilizarse sutura continua para toda la episiorrafia medio lateral ya que se disminuye el tiempo, el dolor, uso de analgésicos y uso de sutura.

CUIDADOS EN EL POSPARTO



- Higiene adecuada con agua y jabón al menos una vez al día, así como después de cada micción y defecación para favorecer cicatrización y prevenir abscesos perineales.
- Indicar antiinflamatorios no esteroideos vía oral (ibuprofeno o paracetamol).
- Laxante (lactulosa)

Complicaciones

Hemorragias: Se trata de una de las complicaciones más frecuentes. Se debe inspeccionar cuidadosamente el sitio de sangrado, siendo el manejo inicial la compresión por 1 minuto. Una vez iniciada la reparación con la misma sutura será suficiente en la mayoría de los casos. En casos en que la hemorragia no ceda, será necesario el pinzamiento y ligadura del vaso correspondiente. Si se produce un hematoma debe liberarse la sutura y drenarse.

Infección: Se puede presentar 6 a 8 días después del parto ya que se trata de un área fácilmente contaminable por bacterias y materia fecal. Los signos y síntomas incluyen: fiebre, hipersensibilidad localizada en el sitio de la incisión o descarga purulenta o fétida. Se recomienda tratamiento oportuno para evitar dehiscencia y necrosis del tejido. Una limpieza adecuada y el uso de antibióticos parenterales como cefalosporinas de segunda o tercera generación más metronidazol está recomendado.

Complicaciones

- Desgarros de tercero y cuarto grado: principalmente con el uso de la episiotomía media, con el subsecuente desarrollo de incontinencia anal. Es importante realizar un diagnóstico temprano, para poder establecer un tratamiento oportuno.
- Dolor, edema: aplicación de hielo local y analgésicos, siempre y cuando se descarte la presencia de un hematoma o infección.
- Dehiscencia de episiorrafia: Representa la falla en la reparación primaria y se presenta en el 0.2-2% de los casos y generalmente se asocia al antecedente de desgarro de tercer y cuarto grado, puede ocurrir con o sin infección. Pequeños defectos pueden cerrar espontáneamente, sin embargo la mayoría requieren reparación quirúrgica inmediata. Se debe iniciar antibiótico terapéutico al momento de la detección de la dehiscencia, de ser posible tomar cultivo de inicio para detectar patógenos específicos y descartar inmunodeficiencia en casos seleccionados.
- Menos comunes: fístula rectovaginal, endometrioma en el sitio de la cicatriz, fascitis necrotizante, etc.