



NOMBRE DEL ALUMNO: **JACQUELINE MONTSERRAT SELVAS PÉREZ**
NOMBRE DEL TEMA: **SUPER NOTA DE LOS MECANISMOS DE PARTO**
PARCIAL: **3**

NOMBRE DE LA MATERIA: **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

NOMBRE DEL PROFESOR: **SHEILA ANAHI URBINA HERNANDEZ**

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: **MEDICINA HUMANA**

SEMESTRE: **6°**

FUENTES: **POR:, E. (N.D.). GUÍAS DE PROTOCOLOS DE: "HABILIDADES OBSTETRICAS." EDU.SV. RETRIEVED MAY 24, 2024, FROM HTTP://WWW.MEDICINA.UES.EDU.SV/HABILIDADESDESTREZAS/DOCUMENTOSPDF**

T/MECANISMO%20DE%20PARTO%20%20MI%20%202017WEB.PDF (N.D.). SEGO.ES. RETRIEVED MAY 24, 2024, FROM HTTPS://SEGO.ES/DOCUMENTOS/PONENCIAS/CURSOS/141/3.%20JORDI%20BELLAR T%20ALFONSO%20-%20MECANISMO%20DEL%20PARTO%20NORMAL.%20CONDICIONANTES%20ACTUA LES.PDF

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIS, 23 DE MAYO DEL 2024

MECANISMOS DE TRABAJO DE

PARTO



1

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

2 FISILOGIA

Las señales del trabajo de parto son diferentes en cada mujer, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera distinta. El parto en las últimas horas del embarazo se caracteriza por contracciones uterinas fuertes y dolorosas que favorecen a la dilatación cervical y hacen que el feto descienda a través del canal de parto. Durante las primeras 36 a 38 semanas de gestación normal, el miometrio se encuentra en estado preparatorio pero sin respuesta



Los procesos fisiológicos que regulan el parto (momento del nacimiento de un bebé) y el comienzo del trabajo de parto siguen siendo definidos. Tres teorías contemporáneas generales describen el inicio del trabajo de parto. Visto de manera simplista, el primero es la pérdida funcional de los factores de mantenimiento del embarazo. El segundo se centra en la síntesis de factores que inducen el parto. El tercero sugiere que el feto maduro es la fuente de la señal inicial para el inicio del parto. Las investigaciones actuales respaldan un modelo que se basa en los tres temas.

3

INDICADORES DE TRABAJO DE PARTO

Los indicadores o señales del trabajo de parto son diferentes en cada mujer, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera distinta. Entre algunas de las señales de trabajo de parto se incluyen las siguientes:

- Pérdida de tapón mucoso
- Contracciones
- Ruptura de saco amniótico



4

FASES CLINICAS: I.- FASE DE DILATACION:

Las contracciones del útero hacen que el cuello uterino se dilate hasta permitir el paso del cuerpo del bebé. Es la fase más larga del parto, dependiendo generalmente del número de partos anteriores, y la que resulta más pesada para la mujer debido a su duración (de 5 a 12 horas en las primíparas y de 2 a 8 en las mujeres que ya han tenido un parto o más). El bienestar del niño se registra mediante un sistema llamado "monitorización"

MECANISMOS DE TRABAJO DE

PARTO

Esta fase, a su vez, tiene dos partes:

- **Borramiento del cuello:** primero se producen unas contracciones cortas, poco intensas y bastante espaciadas, cuya finalidad es ablandar y acortar el cuello del útero hasta que prácticamente desaparece. Es aconsejable pasear y relajarse, reservando energías para más adelante.
- **Dilatación:** Aumenta la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones, que pasan a aparecer cada 2-3 minutos. Es importante estar tranquila y relajada, siguiendo las indicaciones de la matrona y practicando los ejercicios de respiración y relajación aprendidos durante el embarazo. Mediante exploración vaginal se mide la dilatación, que será completa cuando alcance los 10 centímetros.

FASE 2.- DE EXPULSIÓN:

Las contracciones ayudan al descenso de la cabeza del bebé. La duración de esta fase varía de unas+ mujer a otra y también si este es su primer parto o no. la mayoría refiere ganas de empujar y por ello hay que seguir las indicaciones del personal medico (respiración, momento para empujar, relajación, etc.).

Cuando asoma la cabeza del bebé, y para impedir desgarros, a veces es necesario realizar una episiotomía., la cual es un corte en la zona de la vagina. Esta fase suele durar entre 30 y 60 min. Una vez que el niño ha salido, se pinza y corta el cordón umbilical.

Es muy importante favorecer un primer contacto entre madre e hijo poniendo al recién nacido sobre el abdomen de la madre, parte de la llamada técnica "piel con piel".



FASE 3.- DE ALUMBRAMIENTO:

Una vez que ha salido el bebé del cuerpo de la madre y después de una breve pausa, vuelven las contracciones de manera más suave, para expulsar la placenta y la bolsa que contenía el líquido amniótico que protegía y nutría al bebé. Sucede unos 10 minutos después del nacimiento del niño. Por lo general, la madre puede empujar la placenta hacia fuera por sí sola. Sin embargo, en muchos hospitales, tan pronto como el bebé es entregado, la mujer recibe oxitocina (por vía intravenosa o intramuscular), y se le masajea el abdomen para favorecer la contracción del útero y la expulsión de la placenta.



MANIOBRAS DE LEOPOLD

5

1RA. MANIOBRA

Evalúa la altura del fondo uterino
Se realiza ubicado a la derecha y frente del paciente, se palpa con ambas manos el abdomen superior.



2DA. MANIOBRA

Evalúa la posición fetal
Se palpa el abdomen lateralmente haciendo presión sobre una mano y con la otra se identifica dorso o miembros fetales. y viceversa se cambia la presión de la mano y se verifica.



Maniobra realizada en 4 pasos, de palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto. Se realiza a partir de la semana 20-22 de embarazo



3RA. MANIOBRA

Evalúa la presentación fetal.
El dedo pulgar y el índice se colocarán justo por encima de la sínfisis del pubis para valorar el encajamiento de la parte presentada.

4TA. MANIOBRA

Grado de encajamiento
El explorador desplaza sus dedos desde el fondo uterino hasta la entrada pélvica para identificar el hombro anterior cuando existe presentación cefálica. y valorar el grado de descenso de la parte presentada.



son un conjunto de técnicas de exploración manual empleadas en Obstetricia y que permiten evaluar la posición, presentación y situación del feto dentro del útero. son cuatro técnicas de palpación abdominal que el médico o la matrona realizan para evaluar la posición y presentación del feto. Estas maniobras son de gran importancia en el control prenatal y en la atención del parto, ya que permiten determinar si el bebé está en una posición adecuada para el nacimiento o si es necesario tomar medidas adicionales.

MECANISMOS DE TRABAJO DE

PARTO

6

MECANISMOS DE PARTO:

Dentro de los mecanismos de parto encontramos:

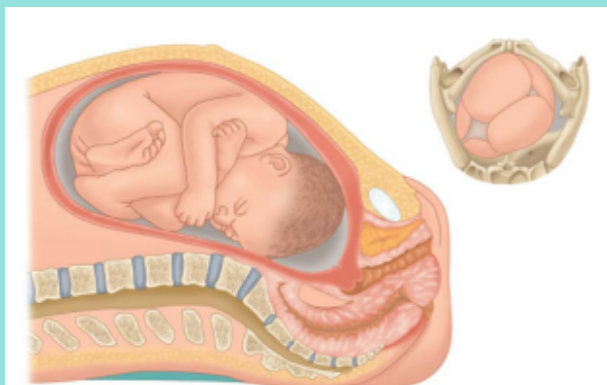
- Movimientos que debe realizar el feto (objeto del parto)
- Para atravesar el canal del parto
- Bajo el impulso del motor (contracciones uterinas y músculos abdominales maternos)



No todos los diámetros de la cabeza fetal pueden pasar necesariamente a través de todos los diámetros de la pelvis, es necesario un proceso de adaptación o acomodación de porciones adecuadas de la cabeza fetal a los diversos segmentos de la pelvis para completar el parto.

Estos cambios posicionales de la parte de la presentación, constituyen el mecanismo del trabajo del parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son: El encaje o encajamiento, el descenso, la flexión, la rotación interna, la extensión, la rotación externa y la expulsión.

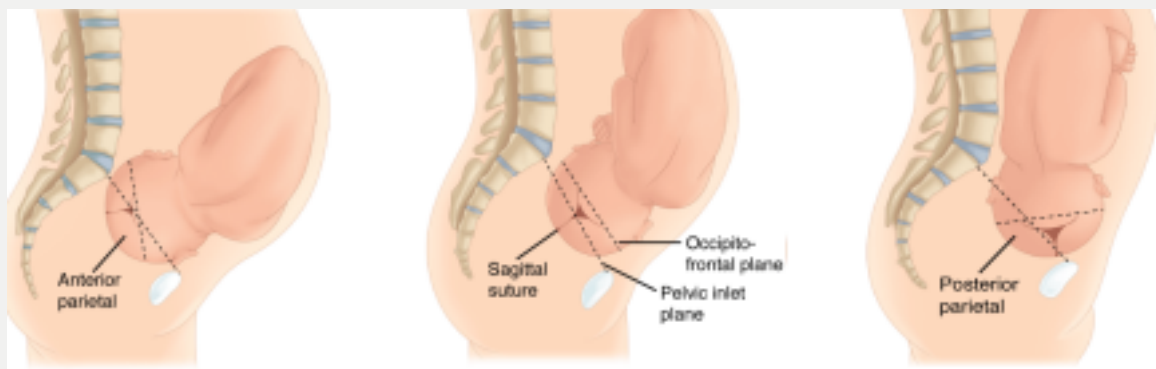
ACOMODACION DEL ESTRECHO SUPERIOR



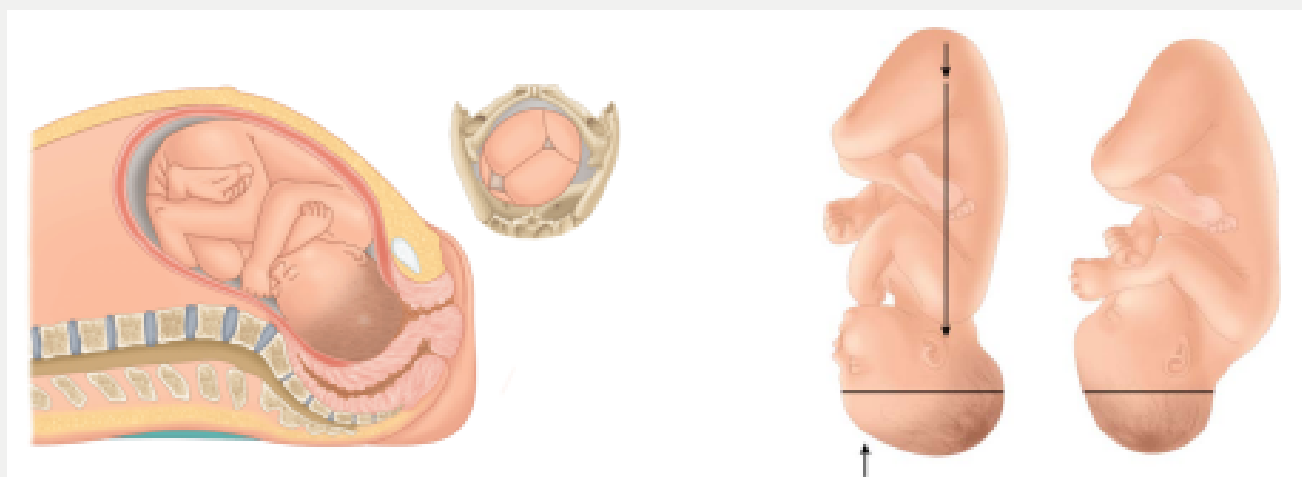
- Mecanismos del parto de la cabeza
- Mecanismo del parto de los hombros
- Mecanismo del parto del resto del cuerpo

ASINCLITISMO

- **Asinclitismo:** Deflexión lateral de la cabeza fetal hacia una posición más anterior o posterior en la pelvis.
- **Asinclitismo Anterior:** Se da cuando la sutura sagital se aproxima al promontorio del sacro, una mayor parte del hueso parietal anterior se presenta a los dedos del examinador, al realizar el tacto vaginal.
- **Asinclitismo Posterior:** La sutura sagital se ubica cerca de la sínfisis del pubis, se presenta una mayor parte del hueso parietal posterior, al realizar el tacto vaginal.



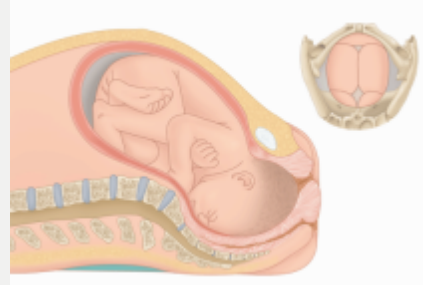
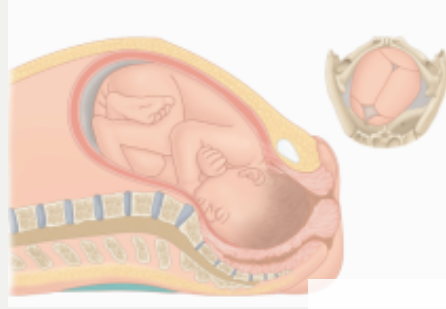
- **Descenso:** En la múltipara el descenso en general comienza con el encaje y en la nulípara puede ocurrir antes del comienzo del trabajo de parto.
- **Flexión:** Tan pronto como la cabeza, que está descendiendo, encuentra una resistencia, sea del cervix, las paredes de la pelvis o del piso de la pelvis, normalmente se produce la flexión de la cabeza. En este movimiento, el mentón es llevado hacia un contacto más íntimo con el tórax fetal y el diámetro occipito frontal más largo es sustituido por el diámetro suboccipito bregmático, que es más pequeño.



MECANISMOS DE TRABAJO DE

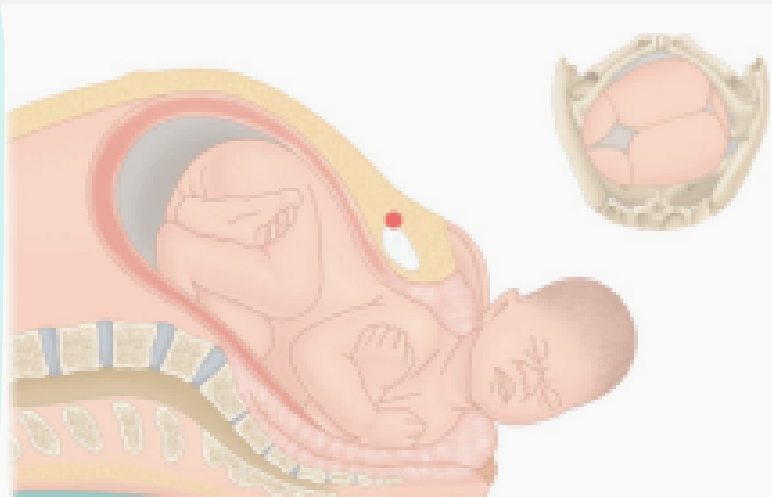
PARTO

- **Rotación Interna:** La rotación interna es una rotación de la cabeza, en forma tal que el occipucio se mueve de manera gradual desde su posición original anteriormente hacia la sínfisis del pubis, o, con menos frecuencia posteriormente hacia la concavidad del sacro. La rotación interna es esencial para la finalización del trabajo de parto, excepto cuando el feto es muy pequeño

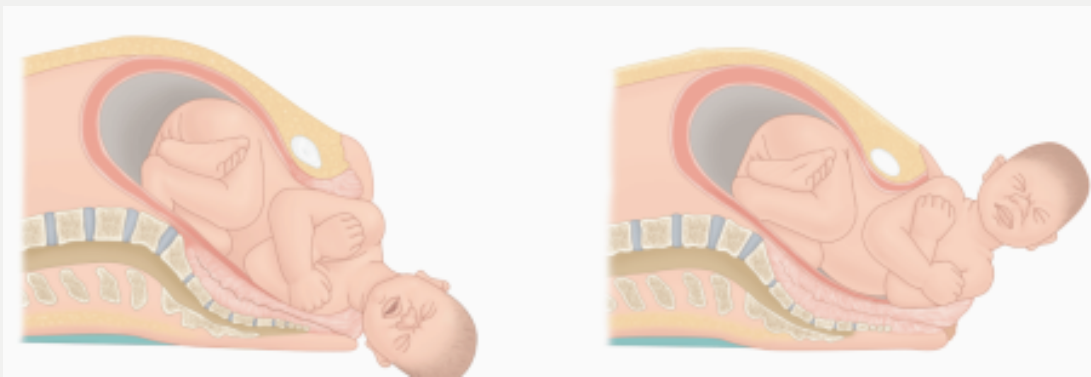


Extensión (deflexión): Cuando, después de la rotación interna, la cabeza agudamente flexionada llega a la vulva experimenta otro movimiento esencial para el parto, a saber, la extensión. Esto lleva la base del occipucio en contacto directo con el margen inferior de la sínfisis del pubis, dado que el orificio de salida vulvar se dirige hacia arriba y hacia delante. La extensión debe iniciar antes de que la cabeza pase a su través

. El retorno de la cabeza a la posición oblicua (restitución) es seguido por la terminación de la rotación externa a la posición transversa, un movimiento que corresponde a la rotación del cuerpo fetal, que sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del estrecho medio e inferior de la pelvis. Así, un hombro en posición anterior después de la sínfisis y el otro está en una posición posterior. Este movimiento se debe aparentemente a los mismos factores pelvianos que produjeron la rotación interna de la cabeza.



Expulsión: Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y en seguida el periné es distendido por el hombro posterior. Después de la salida de los hombros el resto del cuerpo es rápidamente expulsado



Alumbramiento → Expulsión de la placenta y membranas ovulares

