



Nombre del alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

**Nombre del profesor: Dr. Mauricio Solís
Pérez**

Parto

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Grado: 6°

Grupo: A

Para el parto verdadero, se le denomina motor de parto a las fuerzas que impulsan al objeto del parto a través del canal del parto.

Estas son las contracciones uterinas, y a la prensa muscular abdominal, las contracciones uterinas se dividen en una fase de diástole, una fase breve de meseta en la que se mantiene la presión máxima y una fase de diástole o relajación, en la que no llega a desaparecer el tono uterino que se mantiene en unos 10 m/Hg.

Las características de la sístole:

- Intensidad que viene dada por la presión máxima alcanzada en el acmé de la contracción, sin restarle el tono basal. Rara vez supera los 40-50 mmHg. El aumento excesivo de intensidad se denomina hipersístolia y su disminución hiposístolia,
- La frecuencia de las contracciones varía según el caso y el momento del parto, pero suelen repetirse cada 2 o 4 minutos, contando desde el acmé de la contracción al de la siguiente. El aumento de la frecuencia se denomina polisístolia, y la disminución, bradisístolia.
- La duración de la contracción se cuenta desde que comienza a ascender la onda hasta el punto en que adquiere de nuevo el tono basal.

Las contracciones de parto producen un alargamiento del ovoide uterino a expensas del SUI y del cérvix, con una disminución concomitante de los diámetros horizontales. Este cambio de forma tiene dos efectos, por un lado provoca la presión del eje fetal hacia la pelvis y por otro contribuye a la dilatación cervical. Al ir progresando el primer período del parto (período de dilatación) el segmento uterino superior (segmento activo) se hace progresivamente más grueso, con mayor contenido en fibras y se halla sometido a una presión cada vez mayor que impulsa el contenido del útero hacia el segmento uterino inferior (segmento pasivo) y el cérvix, cuyas fibras musculares lisas sabemos que sufren un progresivo alargamiento.

Contracción de la prensa muscular abdominal:

Durante el expulsivo (segundo período del parto), no son suficientes las contracciones uterinas, siendo necesarios esfuerzos voluntarios de empuje por parte de la paciente, sincrónicos con la contracción, que emplean el diafragma y la musculatura de la pared abdominal. Estas contracciones ocurren por la sensación de distensión perineal. Son, por tanto, voluntarias y reflejas.

Canal de parto

Canal óseo o duro:

Es la pelvis, formada por los huesos coxales (isquion, íleon y pubis), el sacro y el cóccix. La línea innominada la divide en pelvis mayor y menor:

- Pelvis mayor o falsa: por encima de la línea innominada, carece de interés obstétrico.
- Pelvis menor o verdadera: por debajo de la línea innominada. Es la que conforma el canal del parto. El canal óseo es un cilindro curvo irregular.

Formación de segmento uterino inferior:

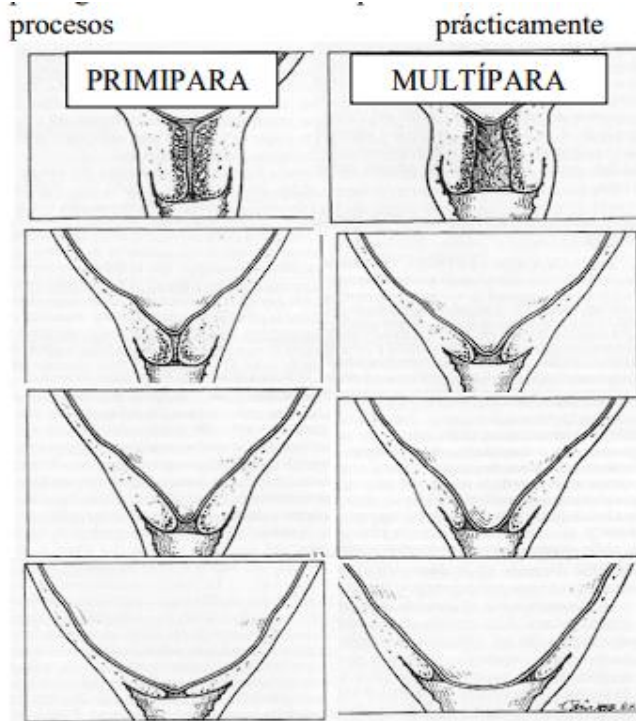
Por la acción de las contracciones durante el trabajo de parto se producen una serie de cambios anatómicos diferenciándose dos segmentos anatómicos:

- Segmento superior o activo: posee capacidad contráctil, pues se corresponde con paredes gruesas y musculosas, retrayéndose y expulsando el feto.
- Segmento inferior o pasivo: deriva del istmo del útero ingravido y se forma de manera gradual a medida que avanza el embarazo adelgazándose más durante el trabajo de parto.

Borramiento y dilatación cervical

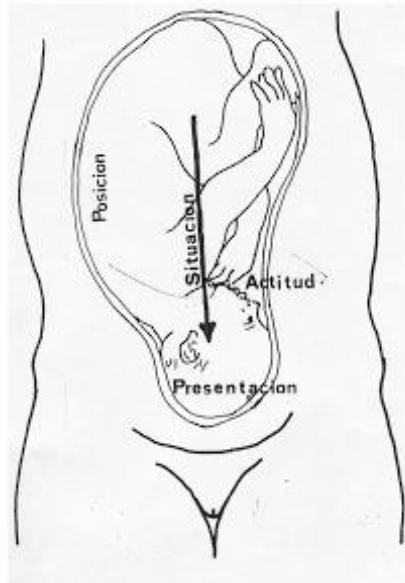
Durante el período prodrómico de un trabajo de parto normal las contracciones de escasa intensidad ya inician la modificación de las características del cuello. Las modificaciones cervicales que se producen durante el trabajo de parto son debidas a la fuerza de las contracciones, que hacen aumentar la presión hidrostática en las

partes blandas a través de las membranas fetales, y, en su ausencia, a través de partes de la presentación fetal que comprimen el segmento inferior y cuello. Dichas modificaciones consisten en borramiento y dilatación cervical.



Cambios en vagina, vulva y periné

Ya durante la gestación se aprecia un aumento del número de fibras elásticas, hipertrofia de las fibras musculares y reblandecimiento de la mucosa de la vagina que, en definitiva, permiten una ampliación del conducto para facilitar el período expulsivo del parto. También aumenta la circulación sanguínea y las secreciones vaginales.



OBJETO DEL PARTO

Actitud

Es la relación que guardan entre sí las distintas partes del feto y en parte es el resultado de la acomodación del feto a la forma y tamaño de la cavidad uterina. Habitualmente la actitud es la de flexión completa.

Situación:

Es la relación entre el eje longitudinal de la madre y el feto. Puede ser longitudinal (el eje longitudinal del útero y el fetal coinciden), transversa (los ejes longitudinales materno y fetal son perpendiculares) u oblicua (los ejes forman un ángulo de 45°), pero esta situación generalmente se convierte en longitudinal o transversa en el transcurso del parto.

Presentación

Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna

- Cefálica: según la actitud, la presentación cefálica puede ser de occipucio o vértice (la cabeza está fuertemente flexionada y el punto guía es la fontanela menor); de sincipucio (cabeza algo deflexionada y el punto guía es la sutura sagital); bregmática (cabeza más deflexionada que en la presentación de sincipucio y el punto guía es la fontanela mayor o bregmática); de frente (punto guía es la sutura metópica); y de cara (es el grado máximo de deflexión de la cabeza fetal y el punto guía es la línea medio- facial, que se identifica con el mentón).

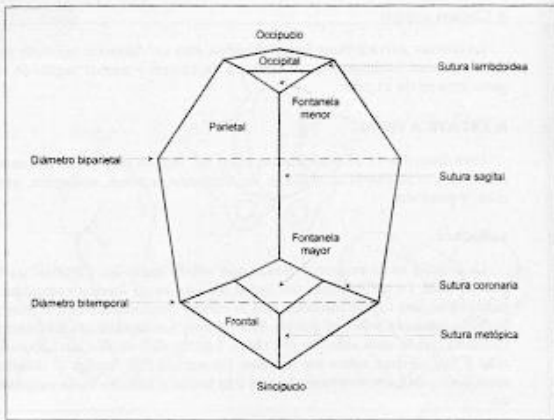


Figura nº 3.1

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LA CABEZA FETAL CON LAS RELACIONES DE LOS HUESOS, SUTURAS, FONTANELAS Y DIÁMETROS TRANSVERSOS (VISIÓN SUPERIOR).

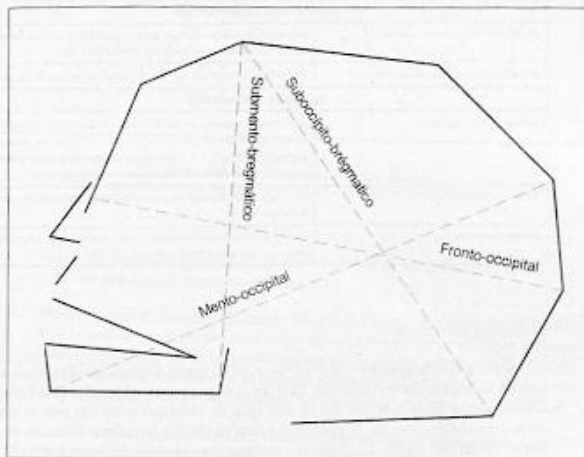


Figura nº 3.2

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LA CABEZA FETAL CON LOS DIÁMETROS ANTERO-POSTERIORES (VISIÓN LATERAL).

Podálica:

según la actitud fetal podemos hablar de nalgas puras o simples (el feto se halla con los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas por delante del tórax); nalgas completas o incompletas (el feto tiene flexionados los muslos sobre el abdomen y flexionadas las rodillas o sólo una, respectivamente); de pies completos o incompletos (presentando los dos pies o sólo uno); de rodillas completas o incompletas.

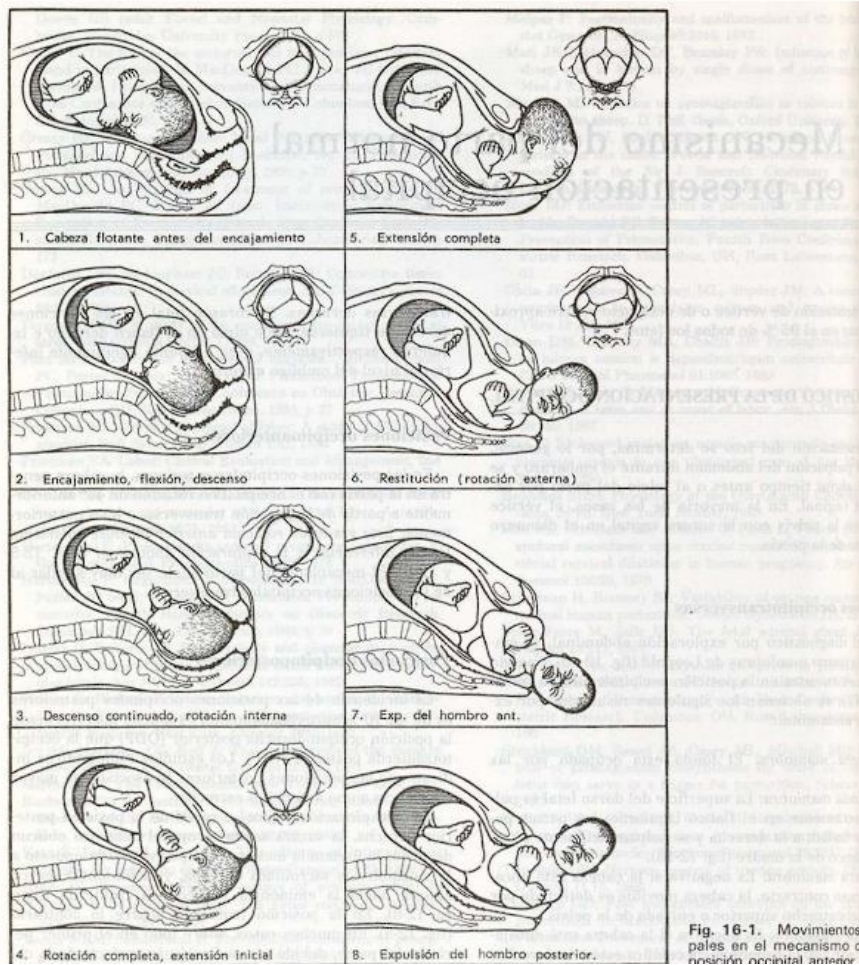
- Compleja: resultado de una situación oblicua o transversa. El feto puede presentar cualquier parte en relación con el plano de entrada en la pelvis.

Posición:

Es la relación que hay entre el dorso del feto y el abdomen materno, considerando éste como una circunferencia completa

PROGRESIÓN MECÁNICA DURANTE EL PARTO

Se basa en la adaptación de los diámetros de la presentación fetal a la forma y dimensiones del canal del parto. Para ello, el feto va a realizar una serie de movimientos pasivos, determinados por la actividad contráctil del útero y la fuerza de los músculos abdominales maternos. Se trata de atravesar los tres estrechos de la pelvis (superior, medio e inferior), oponiendo los menores diámetros cefálicos y usando los mayores de cada uno de los estrechos.



Encajamiento en el estrecho superior

Previamente al descenso fetal debe haberse producido el encajamiento. El encajamiento se produce cuando el DBP (máximo diámetro sagital) sobrepasa el estrecho superior de la pelvis y, por tanto, el punto guía de la presentación se localiza en el tercer plano de Hodge. Dado este punto se puede asumir una pelvis capaz a las dimensiones fetales.

Descenso:

Para favorecer su descenso, el feto debe adaptarse a la curvatura del sacro con pequeñas desviaciones de la cabeza. Cuando la sutura sagital equidista de pubis y sacro nos encontramos ante una presentación sinclítica. El descenso de la cabeza puede realizarse en sinclitismo o asinclitismo. La desviación lateral de la cabeza hasta una posición más anterior o posterior en la pelvis se conoce con el nombre de asinclitismo.

Flexión

Cuando la cabeza va descendiendo se encuentra resistencias (cuello y paredes de la pelvis) por lo que debe realizar un movimiento de flexión, aproximando el mentón al tórax, para pasar de presentar el diámetro fronto-occipital (12 cm) a presentar el menor diámetro cefálico (suboccipito- bregmático de 9,5 cm). De esta manera se ejerce un mecanismo de palanca.

Rotación interna:

Es un movimiento de rotación a modo de berbiquí por el cual el feto adapta su diámetro mayor al nuevo diámetro mayor del estrecho inferior, el anteroposterior. Parece que este movimiento está inducido por factores pelvianos que determinan la rotación interna de la cabeza. El movimiento más frecuente es la rotación del occipucio hacia la sínfisis púbica, aunque también puede rotar hacia la concavidad sacra.

Extensión:

La cabeza en posición anteroposterior y flexionada llega al IV plano de Hodge con el occipucio por debajo de la sínfisis púbica. A continuación, se produce una extensión o deflexión cervical que hace que la base del occipital contacte directamente con el borde inferior de la sínfisis, ejerciendo un movimiento de palanca. Se aprecia la salida progresiva por la vulva de occipucio, sutura mayor o bregma, frente, nariz, boca y mentón. Si no se extendiese y descendiera en flexión chocaría directamente contra la pared posterior del periné, desgarrando los tejidos.

Restitución o rotación externa Mientras que, en el momento de la deflexión, los hombros del feto se orientan en la pelvis penetrando en ella por el diámetro transversal, el feto con la cabeza apoyada en el periné realiza una restitución de su posición con una rotación externa a posición transversal, de forma que se coloca en la misma posición que tenía al entrar en la pelvis. Con esta rotación externa se consigue, a su vez, la rotación del cuerpo para adoptar el diámetro biacromial con el diámetro antero-posterior del estrecho inferior de la pelvis.

Expulsión final:

Tras la expulsión de los hombros, primero el anterior por debajo del pubis y luego el

posterior por el periné, se produce la expulsión del resto del cuerpo sin dificultad. Los tiempos de duración de descenso fetal esperados son de 50 minutos para primíparas y 20 minutos para multíparas, con muy amplia variabilidad, por lo que se aceptan unos límites superiores de normalidad que son de 2 horas en primíparas y 1 hora en nulíparas, con 1 hora adicional en caso de administrarse analgesia epidural.

Braxton hicks:

Dolor; molestias, pero no dolorosas

Duración: de 30 a 60 segundos

Pre parto:

Dolor: en la zona lumbar intensidad media

Duración: cada 30 segundos durante 20 minutos

Parto o dilatación:

Dolor; similar a un dolor de riñones

Duración; 20 segundos y cada vez más largas

Transición:

Dolor: intensas se pone la epidural

Duración; de 60 a 90 segundos cada 2 minutos

Expulsión:

Dolor; las mas fuertes y largas

Duración: de 30 a 6 minutos en total

Día después

Dolor: zona baja del vientre

Duración: 2 a 4 días.

Bibliografías

Cunningham, F. Gary, Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2018). *Williams Obstetrics* (25a ed.). McGraw-Hill Education.

(S/f). Chospab.es. Recuperado el 20 de marzo de 2024, de https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20120411_1.pdf