



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN



Trabajo de Parto

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 6°

Grupo: "A"

**Nombre del Alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Mauricio Solis
Pérez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de noviembre de 2024.

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.

Mecanismos del trabajo de parto

Al inicio del trabajo de parto es crítica la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá éste.

Situación fetal

Es la relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre y puede ser longitudinal o transversa. Factores predisponentes para la situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.

Presentación fetal

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. En situaciones longitudinales dan lugar a presentaciones cefálica o pélvica. Cuando el feto se encuentra con el eje largo de forma transversal, el hombro es la parte de presentación.

Presentación cefálica

La cabeza se flexiona de modo que el mentón toque el tórax. La fontanela occipital es la parte de presentación, y ésta se denomina presentación de vértice u occipital.

El cuello del feto puede extenderse de repente para que el occipucio y la espalda entren en contacto, y la cara esté frente al canal del parto: presentación de cara.

La cabeza del feto puede asumir una posición entre estos extremos. Cuando el cuello sólo está parcialmente flexionado, puede presentarse la fontanela anterior (grande): presentación sincipital.

El polo cefálico está compuesto únicamente por la cabeza del feto. Hasta aproximadamente las 32 semanas, la cavidad amniótica es grande en comparación con la masa fetal, y el feto no está apretado por las paredes del útero. La proporción de volumen de líquido amniótico disminuye en relación con la masa fetal en crecimiento y las paredes del útero se fijan más cerca de las partes fetales.

Presentación pélvica

La extensión de la columna vertebral como se ve en las presentaciones pelvianas francas, también pueden evitar que el feto gire. Si la placenta se inserta en el segmento uterino inferior, puede distorsionar la anatomía intrauterina normal y provocar una presentación pelviana.

Actitud fetal

El feto asume una postura característica, se dobla sobre sí mismo para crear una espalda convexa.

La cabeza está fuertemente flexionada; el mentón está casi en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen y las piernas se doblan en las rodillas.

Variedades de presentación y posición

Debido a que la parte de presentación puede estar en la posición izquierda o derecha, se emplean las designaciones occipital izquierda y derecha (LO y RO), de mentoniana izquierda y derecha (LM y RM), y sacra izquierda y derecha (LS y RS).

Mecanismos del trabajo de parto en la posición occipitoanterior

Los cambios necesarios en la posición de la parte de presentación para desplazarse por el canal pélvico constituyen los mecanismos del parto. Los movimientos cardinales del parto son el encajamiento, el descenso, la flexión, la rotación interna, la extensión, la rotación externa y la expulsión.

Las contracciones uterinas producen modificaciones importantes en la actitud o el hábito fetal, en especial después de que la cabeza ha descendido a la pelvis, principalmente en la extensión fetal, con pérdida de convexidad dorsal y en un plegamiento mayor de las extremidades sobre el tronco.

Encajamiento

El diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica, se denomina encajamiento.

Asinclitismo

La cabeza del feto tiende a acomodarse al eje transversal de la entrada pélvica, en tanto que la sutura sagital, si bien permanece paralela a este eje, puede que no esté exactamente a medio camino entre la sínfisis y el promontorio sacro. Una deflexión lateral a una posición anterior o posterior en la pelvis se denomina asinclitismo.

Descenso

Es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido y se produce por una o más fuerzas de un total de cuatro: 1) presión del líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de compresión de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión

En cuanto la cabeza descendente encuentra resistencia, ya sea desde el cuello uterino, las paredes pélvicas o el suelo pélvico, por lo regular se flexiona. Con este movimiento, el mentón se pone en contacto de una forma más cercana con el tórax del feto, y el diámetro suboccipitobregmático.

Rotación interna

Este movimiento hace que el occipucio se aleje de manera gradual del eje transversal, el occipucio gira en dirección anterior hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original, en dirección posterior hacia el hueco del sacro.

Cuando la cabeza no gira hasta alcanzar el suelo pélvico, rota normalmente durante las siguientes contracciones en multíparas. En las nulíparas, la rotación ocurre de forma regular durante las siguientes tres a cinco contracciones.

Extension

Después de la rotación interna, la cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión.

La cabeza emerge a medida que el occipucio, el bregma, la frente, la nariz, la boca y, finalmente, el mentón, pasan de manera sucesiva sobre el borde anterior del perineo.

Rotación externa

Después de que la cabeza emerge ésta sufre una restitución. Si el occipucio se dirigió en un inicio hacia la izquierda, gira entonces hacia la tuberosidad isquiática izquierda. Este movimiento es provocado aparentemente por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.

Expulsión

Después de la rotación externa, el hombro anterior aparece bajo la sínfisis del pubis, el perineo pronto se dilata por el hombro posterior y el resto del cuerpo pasa con rapidez. Cuando el hombro anterior está fuertemente encajado debajo de la sínfisis, se diagnostica distocia de hombro.

Características del trabajo de parto normal

El parto son las contracciones uterinas que provocan un desgaste y una dilatación del cuello uterino demostrables. Lo anterior no ayuda al médico en la determinación del comienzo del trabajo de parto.

Se requiere 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.

El ingreso para el parto con frecuencia se basa en la extensión de la dilatación cervical acompañada de contracciones dolorosas. Si una mujer tiene membranas intactas, se presume que una dilatación cervical de 3 a 4 cm o más es un umbral razonablemente confiable para el diagnóstico del trabajo de parto.

Primera etapa del parto

Durante la división preparatoria, el cuello uterino se dilata poco, los componentes de su tejido conjuntivo cambian considerablemente. La sedación y la analgesia de conducción son capaces de detener esta división.

La división de dilatación, durante la cual se produce la dilatación a su ritmo más rápido, no se ve afectada por la sedación.

La división pélvica comienza con la fase de desaceleración de la dilatación cervical. Los movimientos cardinales fetales de la presentación cefálica tienen lugar principalmente durante esta división pélvica.

Fase latente

Es el punto en el que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente termina una vez que se alcanza la dilatación de 3 a 5 cm.

La fase latente prolongada es aquella que supera las 20 horas en las nulíparas y las 14 en las multíparas. Los factores que afectaron la duración de la fase latente incluyen sedación excesiva o analgesia epidural; afección cervical desfavorable, es decir, la existencia de tejido grueso o sin dilatación, y trabajo de parto falso.

Fase activa

Se puede considerar que la dilatación cervical de 3 a 6 cm o más, en presencia de contracciones uterinas, representa el umbral para el parto activo.

El descenso comienza en la etapa posterior de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulíparas y se vuelve más rápido después de 8 cm.

Segunda etapa del parto

Comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con la salida del feto. La duración media es de aproximadamente 50 minutos para nulíparas y alrededor de 20 para multíparas, pero es muy variable.

Duración del parto

La duración media del parto de primera y segunda etapa fue de alrededor de 9 horas en nulíparas sin analgesia regional, y que el límite superior del percentil 95 era de 18.5 horas. Los tiempos correspondientes para los multíparas fueron una media de 6 horas y un 95% máximo de 13.5 horas.

El parto activo puede diagnosticarse de manera confiable cuando la dilatación cervical es ≥ 3 cm en presencia de contracciones uterinas.

Identificación del trabajo de parto

Detección de rotura de membranas

Si la parte de presentación no está fija en la pelvis, el cordón umbilical puede experimentar un prolapso y comprimirse. Es probable que el parto comience pronto si el embarazo está en o cerca del término. Si el parto se retrasa después de la rotura de la membrana, es más probable que haya la infección intrauterina y neonatal a medida que aumenta el intervalo.

Evaluación cervical

Se dice que el cuello uterino está completamente dilatado cuando el diámetro mide 10 cm, porque la parte que se presenta de un recién nacido con tamaño a término puede pasar generalmente a través de un cuello uterino que está con amplitud dilatado.

La estación fetal, es decir, el nivel de la parte del feto que se presenta en el canal del parto, se describe en relación con las espinas isquiáticas. Estas espinas se encuentran a medio camino entre la entrada y la salida de la pelvis. Por tanto, a medida que la parte fetal que se presenta desciende desde la entrada hacia las espinas isquiáticas, la designación es -5, -4, -3, -2, -1, y luego estación 0. Debajo de las espinas, a medida que la parte fetal presente desciende, ésta pasa +1, +2, +3, +4 y +5 estaciones hacia la salida. La estación +5 cm corresponde a la cabeza fetal visible en el introito.

Estas cinco características: dilatación cervical, desvanecimiento, consistencia, posición y estación fetal, se evalúan al tabular el puntaje de Bishop, para predecir el resultado de la inducción del parto.

Bibliografía

Williams. Obstetricia. (2019) 25a. Edición México McGraw-Hill Interamericana Editores.