



Universidad del sureste
Campus Comitan
Licenciatura en medicina humana

Materia:
Ginecología

Nombre del trabajo
Trabajo de parto

Alumno:
Óscar Manuel Moreno Maza

Grupo
A

Grado
6

Docente:
Dr. Mauricio Solís Pérez

Comitan de Dominguez a 19 de marzo del 2024

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 este. En consecuencia, la posición del feto. Dentro de la cavidad uterina, debe determinarse el principio del trabajo de parto.

Situación fetal

La relación entre el eje longitudinal del feto. Respecto del de la madre, se denomina situación fetal., y puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetales y maternos se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversal durante el trabajo de parto. Se encuentra una situación longitudinal en más del 99% de los trabajos de parto. A término.

Presentación fetal

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en un su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que dan lugar a las presentaciones cefálica y pelvis Aica, respectivamente. Cuando el feto ya hace con el eje eje longitudinal en locación transversa, la parte que se presente es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

Presentación cefálica

Se clasifica según la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto. Por lo regular, la cabeza está muy flexionada, de tal manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax. La fontanela occipital en la parte que se presenta y dar lugar a la presentación de vértice u occipucio. con mucho menos frecuencia, el cuello fetal puede estar muy extendido, y, por consiguiente, occipucio, y el dorso entran en contacto y la frente es la porción más avanzada dentro del conducto del parto, lo que corresponde a la presentación de cara. La cabeza fetal puede asumir una posición entre estos dos extremos: parcialmente flexiona, en algunos casos, en la presentación de la fontanela anterior o bregma, la llamada presentación de sincipucio, o en parte extendida para la denominada presentación de frente. El efecto, a término tiene casi siempre una presentación de vértice, lo cual resulta lógico si se considera que el útero posee una configuración piriforme.

Presentación pélvica

Cuando el feto muestra una presentación pélvica, sus tres variantes generales corresponden a presentación, franca, completa y podálica. Esta presentación puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo un tabique que protuye hacia la cavidad uterina. Una peculiaridad de la actitud fetal, en particular, la extensión de la columna vertebral, como suceden las presentaciones pélvicas francas, podrá evitar también que el feto. Cambie de posición. Si la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, puede distorsionar la anatomía intrauterina normal y tener como consecuencia una presentación pélvica.

Actitud o posturas fetales

En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o hábito. Como regla, el feto conforme una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad doctrina. El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal forma que la espalda adquiere una marca convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón, Kasy se encuentra en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan al altura de las rodillas.

Posición fetal

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado, derecho o izquierdo del conducto del parto. Con cada presentación puede haber dos variedades de posición, derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvicas, respectivamente. Debido a que la presentación fue adoptar las formas de posición de izquierda o derecha, hay variedades occipitales, mentoniana y sacras izquierdas y derechas, que se abrevian.

Variedades de presentación y posición

Para una orientación, todavía más precisa se considera la relación entre una porción particular de la presentación y las partes anterior, transversa posterior de la pelvis materna. Puesto que las variedades derecha o izquierda pueden dirigirse en sentido anterior, transversa o posterior, existen seis posibilidades de ubicación para cada una de las tres presentaciones. Así el 66% de las presentaciones de vértice pertenece a la variedad occipital izquierda y 33% a la derecha. En la presentación de hombro, el acrónimo es la porción del feto elegida de manera arbitraria para señalar su orientación en relación con la pelvis materna.

Diagnóstico de la presentación y posición fetal

Es posible aplicar varios métodos para diagnosticar la presentación y la posición del feto e incluye la palpación abdominal, la exploración vaginal, la auscultación y, en algunos casos en que existe duda, la ecografía. Podemos recurrir a radiografía simples, tomografías, computarizadas o imagen por resonancia magnética.

Palpación abdominal: maniobra de Leopold

Se puede efectuar una exploración abdominal sistémica, mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold en 1894. La madre se acuesta en posición supina que le resulte cómoda y se descubre el abdomen..

Tales maniobras pueden ser difíciles de realizar, interpretar, si no imposibles, cuando la paciente presentó obesidad, existe una cantidad de excesiva de líquido amniótico o la placenta tiene implantación anterior.

La primera maniobra permite identificar cuál de los dos polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino. La presión pélvica produce la sensación de una masa grande y modular, en tanto que la cabeza se percibe dura y redonda, y es más móvil y susceptible de peloteo. Una vez que se determina la situación del feto, se lleva a cabo la segunda maniobra mediante la colocación de las palmas en ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión profunda, gentil pero profunda. Por un lado se percibe una resistencia dura, el fémur, y en otros numerosas partes, pequeñas, irregularidades y móviles, las extremidades fetales. La tercera maniobra se realiza al tomar la parte inferior del abdomen materno, justo por arriba del sínfisis del pubis entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada, se identificará una masa móvil por lo general correspondiente a la cabeza. La diferenciación entre la cabeza y la pelvis. Se realiza como en la primera maniobra. Sin embargo, si la parte se presenta encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna, y los detalles se definen entonces mediante la cuarta maniobra. Para llevar a cabo la cuarta maniobra, el explorador se coloca de frente a los pies de la madre, y con las puntas de los primeros tres dedos de cada mano, ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada pélvica. En muchos casos, cuando la cabeza ha descendido, se puede identificar fácilmente en la pelvis el hombro anterior, mediante la tercera maniobra.

Se puede efectuar la palpación abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto. Si se tiene experiencia, es posible calcular el tamaño del feto.

Tacto vaginal

Antes del trabajo de parto, el diagnóstico de la presentación y la posición fetal por tacto vaginal, casi nunca es concluyente, debido a que la presentación debe palparse a través del un cuello cerrado y el cemento uterino inferior. Con el inicio del trabajo de parto y traslada las dilataciones del cuello uterino, las presentaciones de vértice y sus variedades se reconocen mediante la palpación de las distintas suturas y fontanelas del feto.

En un intento por determinar la presentación y posición por tacto vaginal, es aconsejable seguir un sistema definido que incluye cuatro movimientos:

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 el que se presenta, los dedos se dirigen en sentido posterior y se deslizan en enseguida hacia delante, sobre la cabeza fetal, en dirección de las sínfisis del pubis. Durante este movimiento, los dedos se utilizan necesariamente por la suturas sagital y permiten delinear su trayectoria. En el tercero se precisa después las exposiciones de las dos fontanelas. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior de las suturas sagital y se encuentra, identifica la fontanela correspondiente; Después, con un movimiento de deslizamiento, se pasan los dedos a largo de la sutura, hasta el otro extremo de la cabeza, donde se lo localiza y diferenciar la fontanela posterior.

En la cuarta, la altura de presentación, o grado al cual la parte que se presenta descendido dentro de la pelvis, también puede determinarse en este momento. Al utilizar estas maniobras, se reconocen con facilidad las distintas futuras y fontanelas.

Mecanismos del trabajo de parto en la posición occipital anterior

En la mayor parte de los casos, el vértice ingresa a la pelvis con la sutura sagital en relación con el diámetro transversal de ese segmento corporal. El feto entra a la pelvis en una variedad occipito transversa izquierda en 40% de los trabajos de parto y en la occipito transversa derecha en 20%. Los cambios de posición de la parte que se presentan, necesarios para pasar a través del conducto pélvico, constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, y expulsión.

Encajamiento

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante la última semana del embarazo. A no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. En muchos pacientes multíparas y Nulíparas, la cabeza fetal se mueve con libertad por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto.

Descenso

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulípara, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto, y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso sólo iniciarse con el encajamiento, y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: la primera sería la presión del líquido amniótico, la segunda por presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, la tercera por los esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales, maternos y la cuarta por la extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión

Tan pronto, como la cabeza en descenso, se encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o el piso pélvico, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En este movimiento se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia el diámetro suboccipitobregmatico.

Rotación interna

Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que lo 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 el hueco del sacro. La rotación interna resulta esencial para posibilitar el trabajo de parto, excepto cuando el feto es inusualmente pequeño.

Extensión

Después de la rotación interna, la cabeza fetal, muy flexionada, llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así, flexionada, no se extiende a la alcanzar el piso pélvico, sino que se desplaza más hacia delante, podría ser contacto con la porción posterior del perineo y al final Atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada.

Rotación externa

Enseguida, la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad izquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza, afectar a la posición oblicuado 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 vía acromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Por lo tanto, un hombro anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro posterior.

Expulsión

Kasy, inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior, bajo la sínfisis del pubis y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

Características del trabajo de parto normal

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal. Consiste en reconocer su inicio. La definición estricta del trabajo de parto, presencia de contracciones Uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino, no ayuda al clínico a determinar el comienzo real del trabajo de parto, ya que el diagnóstico se confirma sólo en retrospectiva.

Primer periodo del trabajo de parto.

Tras asumir que se ha confirmado el diagnóstico, cuáles son las expectativas de avance del trabajo de parto normal, Friedman, inició un abordaje científico al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la gráfica de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo.

Fase latente

El inicio de la fase latente, el trabajo de parto, definido por Friman, corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3:05 centímetros de dilatación, un umbral. Que puede ser clínicamente útil porque definen los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.

Fase latente prolongada. La definieron como una fase de latencia mayor de 20 horas en la mujer nulípara y de 14 horas en la multípara. Estos tiempos corresponden al percentil 95. Entre los factores que modifican la duración de la fase latente, se encuentra la sedación excesiva o analgesia epidural la condición desfavorable del cuello uterino, es decir, la existencia del tejido grueso, sin borramiento o dilatación y al trabajo de parto. Falso

Trabajo de parto activo.

El avance del trabajo de parto en Nulíparas, tiene importancia particular, ya que estas curvas revelan un cambio rápido en la velocidad de la dilatación. Dilatación del cuello uterino entre los 3:05 centímetros.

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 minutos en nulípara, y alrededor de 20 minutos en múltiparas, pero es muy variable. En una mujer con paridad mayor que curso antes con dilatación de la vagina y el perineo, es posible que dos o tres esfuerzos para la expulsión. Una vez alcanza la dilatación del cuello uterino sean suficientes para completar el nacimiento.

Duración del trabajo de parto

El conocimiento de la duración normal del trabajo de parto humano puede verse obstaculizado por múltiples variedades clínicas que modifican la conducta durante el trabajo de parto en unidades modernas de obstetricia. según la duración promedio del primero y segundo periodo de trabajo de parto era de Kasy nueve horas en Nulíparas , sin analgesia regional y que límite superior era de 18 horas y media, correspondiente al percentil 95. Los tiempos correspondiente para múltiparas fueron en promedio de casi seis horas, con un máximo de 13 horas y media.