



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Resumen de unidad**  
**Cristel alcalá ochoa**  
**6 “B”**

**Ginecología y obstetricia**  
**Dr. Mauricio Solís Pérez**

## Introducción

Durante el parto, cualquiera que sea la presentación y posición del feto, para que este pueda atravesar el canal, la presentación siempre tendrá que ajustar sus diámetros mayores a los más amplios que tenga la pelvis en cada uno de sus planos, hasta salir al exterior, ello provocará, en todos los partos, que la presentación gire para ir adaptándose a este principio. En un 95 % de los partos la presentación fetal es cefálica y la actitud de la misma flexionada más o menos completamente, es la conocida presentación de vértice u occipucio, circunstancia en la que el punto guía es la fontanela menor o lambdoidea y los menores diámetros cefálicos que se podrán presentar son el suboccipitobregmático, en sentido anteroposterior o sagital, y el biparietal en sentido transverso. La progresión del feto en el canal del parto es un fenómeno continuo aunque en la realidad a veces son parcialmente simultáneos, que pretender facilitar el proceso.

# Fisiología de la contracción del trabajo de parto

El punto en que la contracción se hace dolorosa recibe el nombre de umbral de Polaillon y depende de la sensibilidad individual de cada mujer.

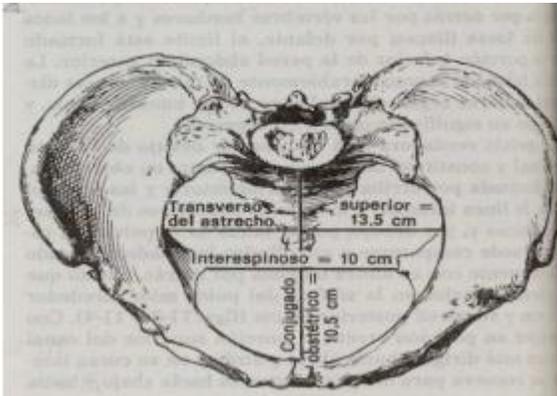
Las contracciones de parto producen un alargamiento del ovoide uterino a expensas del SUI y del cérvix, con una disminución concomitante de los diámetros horizontales. Este cambio de forma tiene dos efectos, por un lado provoca la presión del eje fetal hacia la pelvis y por otro contribuye a la dilatación 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.

## CANAL DEL PARTO

Formado por el canal duro y el blando. 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.

Las dimensiones pélvicas más

importantes desde el punto de vista obstétrico con: - Diámetro transversal del estrecho superior de 13.5cm - Diámetro interespinoso, entre ambas espinas ciáticas, mide unos 10cm siendo el diámetro más pequeño de la pelvis.

La sínfisis y las articulaciones sacro ilíacas tienen cierto grado de movilidad que se incrementa durante el embarazo, como consecuencia de cambios hormonales. A lo largo de la gestación se observa una separación de la sínfisis púbica de unos 4 mm, que incrementa el diámetro transversal (más en múltiparas).

### **Planos de hodge**

1er plano premonitorio (libre)

2do plano 2da vertebra sacra al borde inferior de la pubis

3er plano espina ciática

4to plano borde de coxis

### **Contracciones reales**

- las contracciones se producen en **intervalos regulares**.
- Su frecuencia aumenta progresivamente
- Tiempo de **30 y 70 segundos**.
- **Intervalo de 5-10 min**
- **Duran de 2-5 s por cada 10 min**
- Las contracciones persisten aunque la madre cambie de posición
- El **dolor** suele **empezar en la espalda** y extenderse hacia el abdomen de la embarazada. Por eso a veces se habla de "**parto de riñones**" al verdadero trabajo de parto.

### **Parto falso**

- La **frecuencia** de las contracciones suele ser **irregular**.
- Normalmente **remiten** al andar o descansar, incluso cuando la embarazada cambia de posición.
- No suelen ser muy intensas, pero pueden empezar flojas y agudizarse, para volver a remitir más tarde.
- El **dolor** suele localizarse en el **abdomen**, no en la espalda, como sucede con las contracciones que sí ayudan al proceso de parto.

## Fases del parto

1. Dilatación / borramiento >4cm y dura de 5-14h  
1 pasiva /latente y dura de 8-10h 2 activo
2. Expulsión
3. Alumbramiento

## Mecanismo del parto

1. Encajamiento
2. Descenso
3. Flexión
4. Rotación interna
5. Extensión
6. Rotación externa
7. Expulsión

## Mecanismo de la placenta

1. Shultze 80%
2. Duncan 20%

