



García Aguilar Paola Montserrat
“Ginecología y obstetricia”
Sexto Semestre grupo”B”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de marzo de 2024

Trabajo de parto

Se le denomina parto al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal, de 22 semanas o más.

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto del parto. En las primeras 36 a 38 semanas del embarazo normal, el miometrio se encuentra en un estado preparatorio, pero todavía sin respuesta. Al mismo tiempo, el cuello uterino comienza una primera etapa de remodelación denominada ablandamiento, aunque mantiene su integridad estructural. Después de esta quiescencia uterina prolongada, hay una fase de transición durante la cual se suspende la falta de respuesta miometrial y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de la integridad estructural.

El inicio del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Éstos se deben a señales endocrinas y paracrinas que emanan tanto de la madre como del feto.

El parto puede dividirse de manera arbitraria en cuatro fases superpuestas que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo

Estas fases del parto son:

1. Un preludeo, la primera fase
2. Preparación.
3. Proceso
4. Recuperación

(Las fases del parto no deben confundirse con las etapas clínicas del trabajo de parto)

PRIMER PERIODO.

- Comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales
- Se caracteriza por contracciones dolorosas en abdomen irradiadas hacia la región lumbosacra y progresivas en frecuencia, intensidad y duración.

- Contracciones uterinas de 3 a 4 en 10 minutos con una duración de 30 a 60 segundos
- Primigestas primero borramiento y después dilatación y multigestas ocurren simultáneamente.

Consta de 2 fases:

Fase latente: Durante la **fase latente**, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata. lapso entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y <4 cm de dilatación.

- Es la parte mas larga del parto.
- Primero ocurre el borramiento
- De 8 a 20 hrs en primíparas
- De 5 a 14 hrs en multípara

Nulíparas 18 hrs.

Multíparas 12 hrs.

Fase activa: Las contracciones se vuelven más fuertes, más largas y dolorosas, ocurre una Dilatación y progresión con rapidez.

-Fase de aceleración: 2 a 4 cms

-Fase de velocidad máxima : 4 a 9 cms

Primíparas: 3 cms/h

Multíparas: 5 cm/h

-Fase de desaceleración : 9 a 10 cms

Primíparas 0.8 cms/h

Multíparas 0.4 cms / hlapso > 5 cm de dilatación

Nulíparas 8 a 18 hrs

Multíparas 5 a 12 horas

Fase expulsión:

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva. En este periodo a la presión ejercida por la contracción uterina, se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos (presión abdominal).

- **Comienza con la dilatación y borramiento completos y termina con la Expulsión del feto.**

P: 50min

M: 20 min

Fase temprana: No expulsiva, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.

Fase avanzada: Expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento. En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación uteroplacentaria. La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de estar totalmente dilatada, a los 8 cm; si ésta es la situación, la mujer debería adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda o practicar ejercicios de respiración.

A medida que progresa el segundo periodo, el suelo de la pelvis es desplazado por el feto que avanza, la vagina se distiende y la cabeza se ve al final de la vulva con cada contracción; entre las contracciones, la cabeza retrocede hasta que se produce su coronación, esto es hasta que aparecen las eminencias parietales, en este momento el occipucio ha pasado bajo el arco púbico y se produce la extensión de la cabeza. Luego de unos segundos se comprueba su rotación externa, con la siguiente contracción se expulsa la cabeza del niño.

Fase alumbramiento:

Se extiende desde la salida del feto, hasta la completa expulsión fuera del aparato genital de la placenta y de las membranas ovulares. Después del nacimiento las contracciones

suelen cesar por un plazo breve. Sin embargo, poco después reaparecen con intensidad y frecuencia similares a las del periodo expulsivo, hasta que se completa la expulsión de la placenta y membranas, lo cual suele tardar 5 a 30 minutos luego de ocurrido el nacimiento

- Tipos :**
- Espontáneo
 - Dirigido
 - Manual

- Alumbramiento:**
- Schultze (80%)
 - Duncan (20%)

Mecanismos del trabajo de parto

1. Estática fetal
2. Orientación
3. Posición

Situación: Relación entre el eje longitudinal fetal y el materno.

Longitudinal

Transversa

Oblicua

Presentación: Parte anatómica del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis; cefálica o podálica.

Actitud: Relación que guardan las distintas partes fetales entre sí.

- Flexionada
- Deflexionada
- Indiferente

Posición:

Relación arbitraria entre el punto toconómico con el canal del parto

Con cada presentación hay 2 posiciones, derecha e izquierda.

Por cada presentación fetal se distinguen ocho variedades de posición. El nombre con el que se designa la variedad de posición se establece mencionando primero el punto de reparo de la presentación, seguido del término iliaco, continuando con la ubicación derecha o izquierda del punto de reparo respecto a la pelvis materna y finalmente indicando si está anterior o posterior.

1. Occipito iliaca izquierda anterior (OIIA)

Variante cefálica	Punto toconómico	Diámetro	Eje
VÉRTICE	OCCIPUCIO	9.5cm	Suboccipitobregmático
SINCIPITAL	FONTANELA ANTERIOR	12.5cm	Occipitofrontal
FRENTE	FRENTE NASAL	13.5cm	Occipitomentoniano
CARA	CARA MENTÓN	9.5cm	Submentrobregmático

2. Occipito iliaca izquierda posterior (OIIP)
3. Occipito iliaca derecha anterior (OIDA)
4. Occipito iliaca derecha posterior (OIDP)
5. Occipito iliaca izquierda transversa (OIIT)
6. Occipito iliaca derecha transversa (OIDT)
7. Occipito iliaca anterior u occipito pública (OP)
8. Occipito iliaca posterior u occipito sacra (OS)

Bibliografía:

CUNNINGHAM G., MACDONALD P., GANT N. **Williams Obstetricia**. 20a edición. Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1999, páginas 241-299. 2. SCHWARCZ R.

