



Mi Universidad

Esquema.

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Esquema cronológico de trabajo de parto y algoritmo de hemorragia obstétrica.

2° parcial.

Clínicas de ginecología y obstetricia.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Medicina Humana.

7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 09 de octubre del 2024.

Trabajo de Parto.

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto a partir de las $\geq 22SD6$ con placenta y sus anexos.

1º Período: Dilatación y borramiento.

Es el comienzo de las contracciones y la presencia de cambios cervicales.

Fase latente

Características:

- Contracciones regulares e irregulares.
- Cambios en el cervix.
 - Dilatación < 5 cm.
 - Borramiento $< 50\%$.
- Duración (variable).
 - 18 a 20 horas en primigestas.
 - 12 a 18 horas en multiparas.



Fase activa

Características:

- Contracciones regulares (trabajo de parto).
 - Intensidad de 30 a 50 mmHg.
 - Frecuencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos.
 - Duración de 30 a 60 segundo.
- Dilatación > 5 cm.
- Borramiento $> 50\%$.
- Duración (variable).
 - 8 a 18 horas en nuliparas.
 - 5 a 12 horas en multiparas.

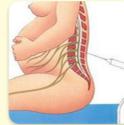


2º Período: Expulsión.

Inicia con el final de la fase latente en el 1º periodo, donde la dilatación es completa y termina con la expulsión del feto.

Duración.

- 60 minutos en primigestas.
- 30 minutos en multiparas.
- 2 horas con analgesia.



Movimientos cardinales.

- Encamamiento.
- Descenso.
- Flexión.
- Rotación interna.
- Rotación externa.
- Extensión.
- Expulsión.



3º Período: Alumbramiento.

Es el proceso de pinzamiento y corte del cordón hasta la expulsión de la placenta y los anexos embrionarios.

Duración.

- 30 minutos (generalmente).
- 4 a 8 minutos promedio.
- 10 minutos es prolongado.
- > 30 minutos es retenido.

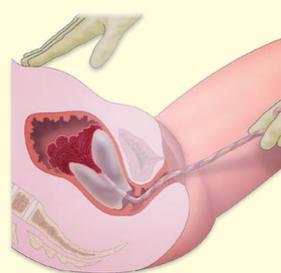


Pinzamiento tardío del cordón umbilical.



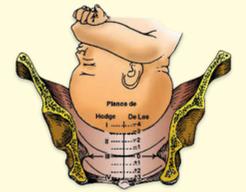
Expulsión.

- Placenta.
- Cordón.
- Membranas.



Encamamiento.

Proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto pasa por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra la excavación pélvica.

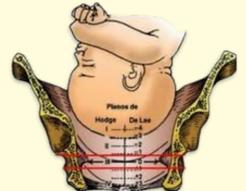


Descenso.

Última etapa de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulipara, y se hace más rápida después de 8 cm.

Depende de 4 fuerzas:

- Presión ejercida por el líquido amniótico.
- Presión ocasionada por la dinámica uterina sobre el feto.
- Contracción ejercida por los músculos abdominales.
- Extensión y alineamiento del cuerpo fetal.



Flexión.

El feto flexiona el polo cefálico ofreciendo un diámetro menor para poder descender a la excavación pélvica, esto ocurre cuando la cabeza fetal encuentra resistencia.

- Diámetro de occipicio-frontal 11.5 cm.
- Diámetro de suboccipito-bregmática 9.5 cm.



Rotación interna.

Al llegar al estrecho medio de la pelvis, el occipital se mueve hacia la sínfisis del pubis, pasando a un posición occipito-púbica. Puede ser occipito-sacra.

Este proceso es progresivo y no está completo hasta alcanzar el 4º plano de Hodge.



Extensión.

Ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipicio entra en contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis.

El suelo perineal empuja hacia arriba y afuera.



Rotación externa.

Ocurre inmediatamente después de la restitución haciendo que la sutura sagital vaya a una posición transversa.

Diámetro biacromial sigue los mismos movimientos que hizo la cabeza. Un hombro hará contacto con la sínfisis del pubis y otro con la cavidad sacra.



Expulsión.

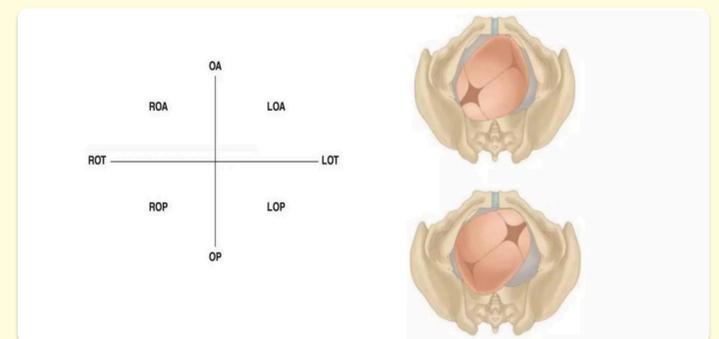
Salida del feto. Primero hombro anterior en contacto con el pubis y luego el posterior.



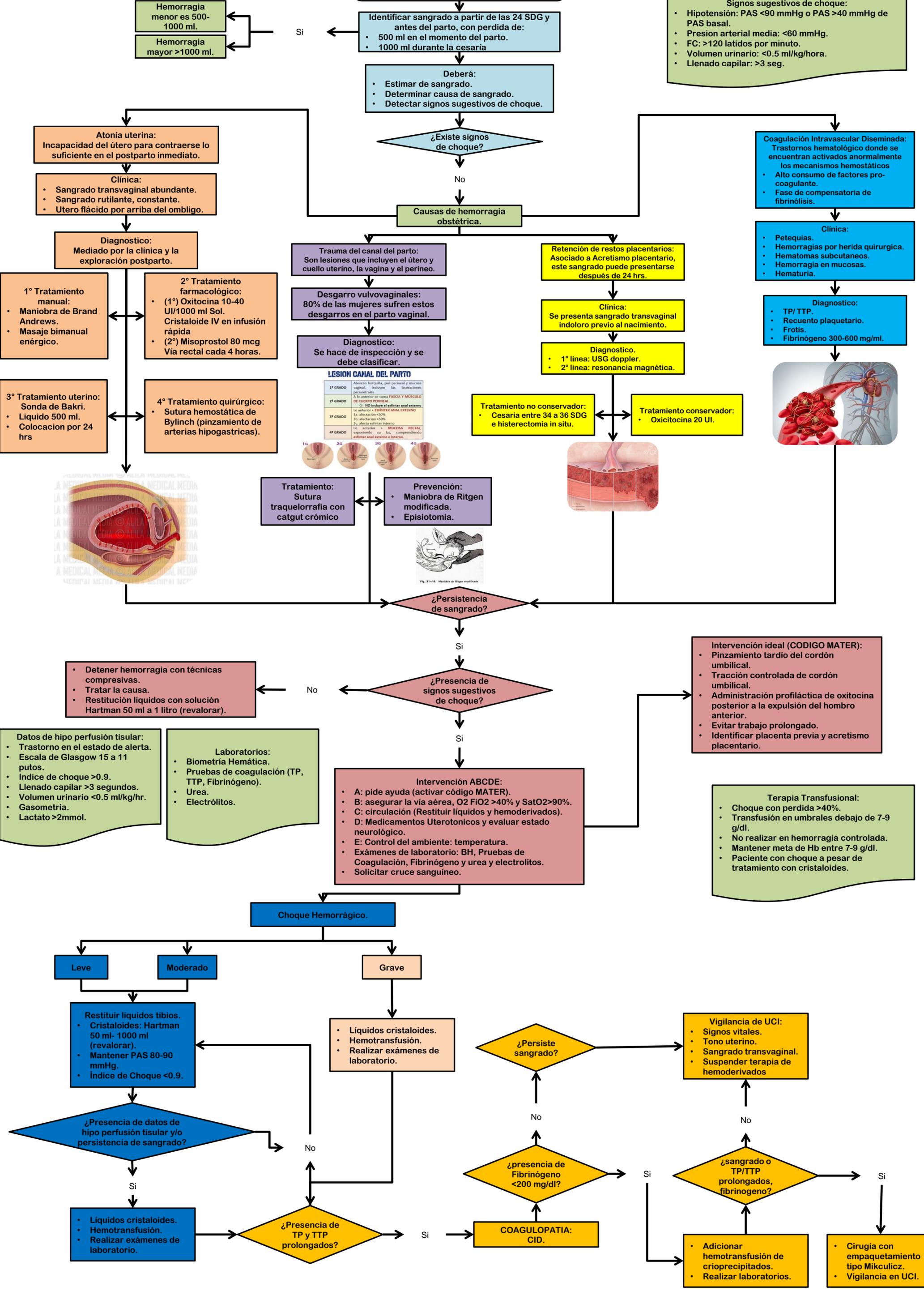
Planos de Hodge.



Posición



HEMORRAGIA OBSTETRICA



Bibliografía.

- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2017). Diagnostico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. *Guías de Evidencia y Recomendaciones: Guía de Practica Clínica. México.*
- Gary Cunningham F., J. Leveno K., L. Bloom S., S. Dashe J., L. Hoffman B., M. Casey B. & Y. Spong C. (-). Williams Obstetricia. *Mc Graw Hill Education. Ed. 25.*