



**Mi Universidad**

**Esquema Cronológico  
Trabajo de parto**

*Wilder Bossuet Ramírez Vázquez*

*Esquema Cronológico de trabajo de Parto*

*2° parcial.*

*Clínica de Ginecología y Obstetricia*

*Dr. Miguel de Jesús Castillo García*

*Medicina Humana.*

*7° semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de Octubre del 2024.*

# TRABAJO DE PARTO



Mujeres con embarazo a termino con signos y síntomas de trabajo de parto

\*Presencia de uno o más de los siguientes datos:

- Actividad uterina regular (3 a 4 contracciones en un periodo de 10 minutos)
- Dilatación cervical igual o mayor a 4 cm
- Borramiento del cérvix > 50 a 80%

¿Presenta fase activa de trabajo de parto?

Si

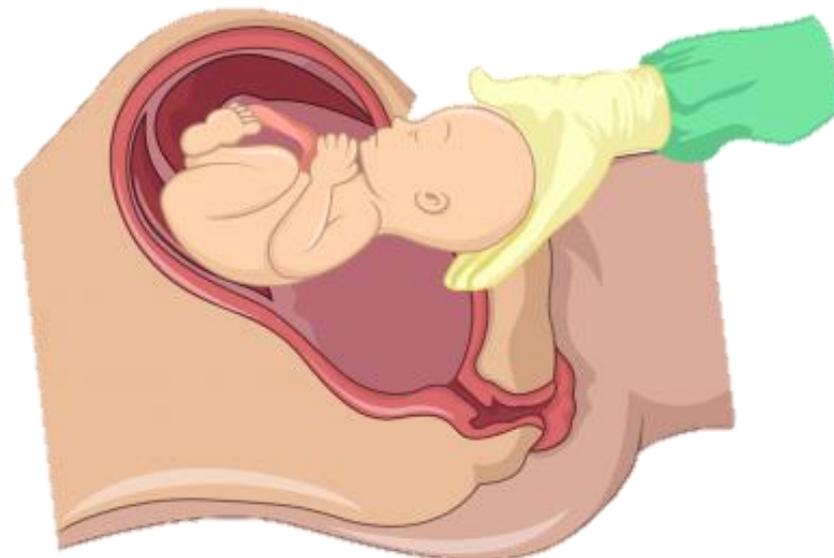
¿Es embarazo de alto Riesgo?

No

Ingreso a labor, con calidez y vigilancia estrecha.

Ingreso a labor con procedimientos normales, promoviendo estados emocionales positivos, así como acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto.

- Valorar bienestar materno/ fetal: Movimientos fetales, FCF, condiciones y signos vitales maternos.)
- Seguimiento Ambulatorio con indicaciones claras de cuando regresar al servicio, e información de signos de alarma obstétrica a la paciente y acompañante.
- Alarma obstétrica: Disminución o ausencia de movimientos fetales, sangrado transvaginal, salida de liquido transvaginal que moje hasta las rodillas, cefalea, nauseas, mareos, zumbido de oídos, ver lucecitas y/o manchas negras.

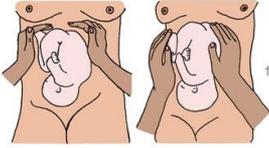


# TRABAJO DE PARTO



## 1ª MANIOBRA

Situación (relación del eje materno con el eje fetal) y presentación

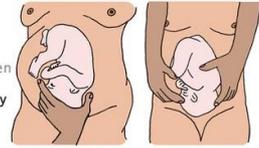


## 2ª MANIOBRA

Posición (dorso fetal en relación con la madre) y situación

## 3ª MANIOBRA

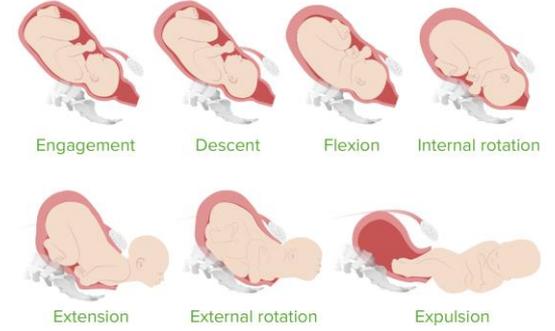
Presentación (parte del feto en contacto con la pelvis materna) y situación



## 4ª MANIOBRA

Actitud (relación que guardan las partes del feto entre sí) y grado de encajamiento

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



## 1er Periodo Dilatación y Borramiento

### Fase Latente

Características:

- Contracciones regulares e irregulares
- Cambios en el cérvix:
  - Dilatación  $< 5$  cm
  - Borramiento  $< 50\%$
- Duración (Variable)
  - Primigesta de 18 a 20 horas
  - Multigesta 12 a 18 horas

### Fase Activa

Características:

- Contracciones regulares (Trabajo de parto)
- Intensidad de 30 a 50 mmHg
- Frecuencia de 2 a 4 contracciones en 10 minutos
- Duración de 30 a 60 segundos
- Dilatación  $> 5$  cm
- Borramiento  $> 50\%$
- Duración (variable):
  - Nulipara de 8 a 18 horas
  - Multipara de 5 a 12 horas



## 2do Periodo Expulsión



1. El cuello uterino no está dilatado. 2. El cuello uterino está un 50% dilatado. 3. El cuello uterino está 100% dilatado a 3cm. 4. El cuello uterino está dilatado a 10cm.

### Duración

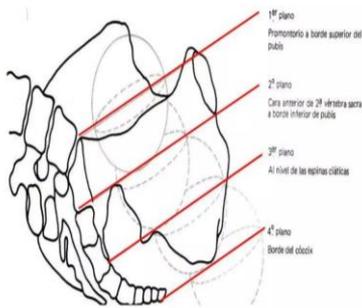
- 60 minutos en primigesta
- 30 minutos en multiparas
- 2 horas con analgesia

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

### Movimientos Cardinales

- Encajamiento
- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Rotación externa
- Extensión
- Expulsión

## 3er Periodo Alumbramiento



### Duración

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

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

Expulsión  
Placenta  
Cordón  
Membranas

# TRABAJO DE PARTO

## Movimientos Cardinales



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

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 occipucio-frontal 11.5 cm.
- Diámetro de suboccipito-bregmatica 9.5 cm.

### Rotación Interna

Ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis. El suelo perineal empuja hacia arriba y afuera.

### Extensión

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

### Encajamiento

Última etapa de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulípara, 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

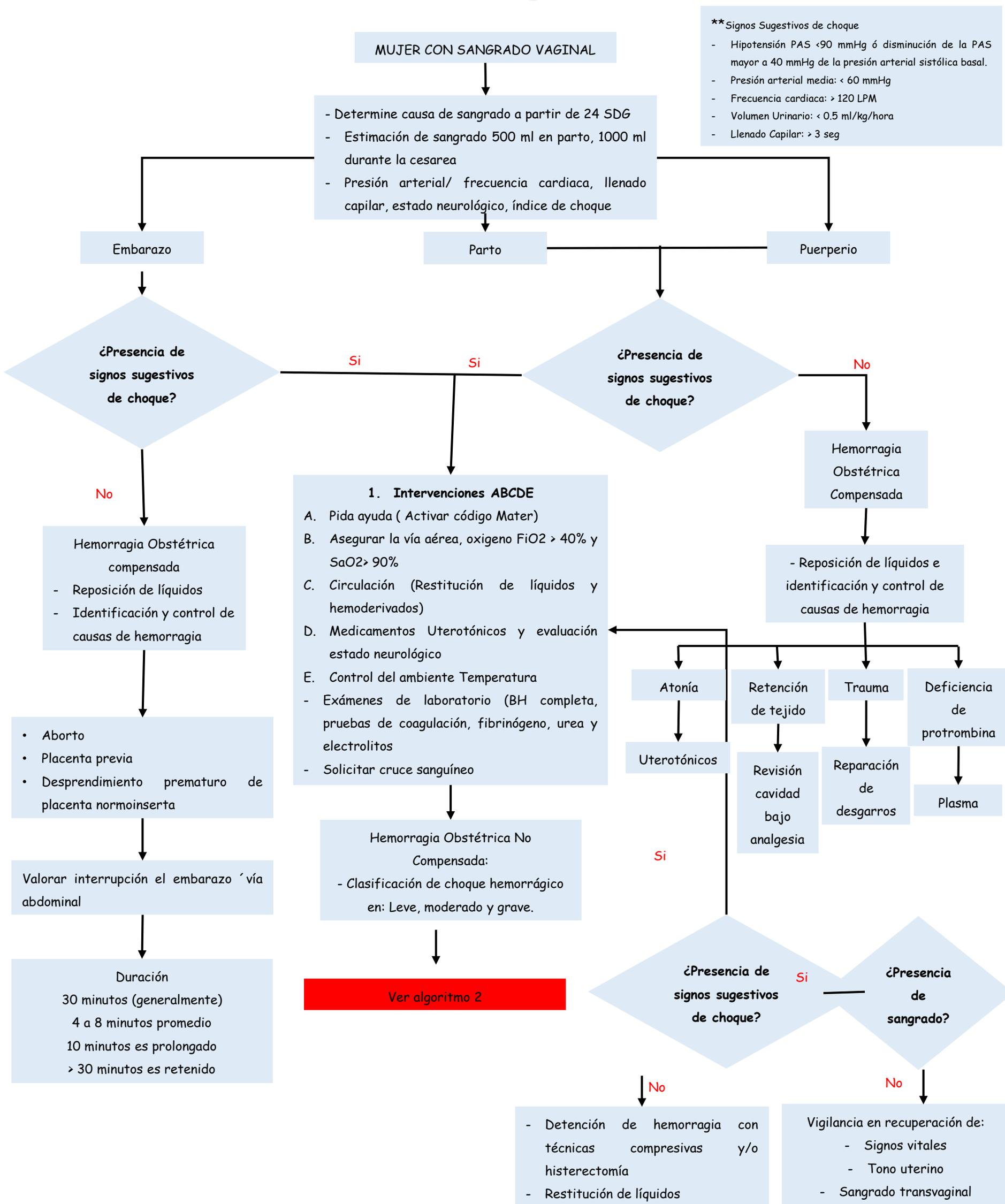
Al llegar al estrecho medio de la pelvis, el occipital se mueve hacia la sínfisis del pubis, pasando a una posición occipito-púbica. Puede ser occipito-sacra. Este proceso es progresivo y no está completo hasta alcanzar el 4° plano de Hodge.

### 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

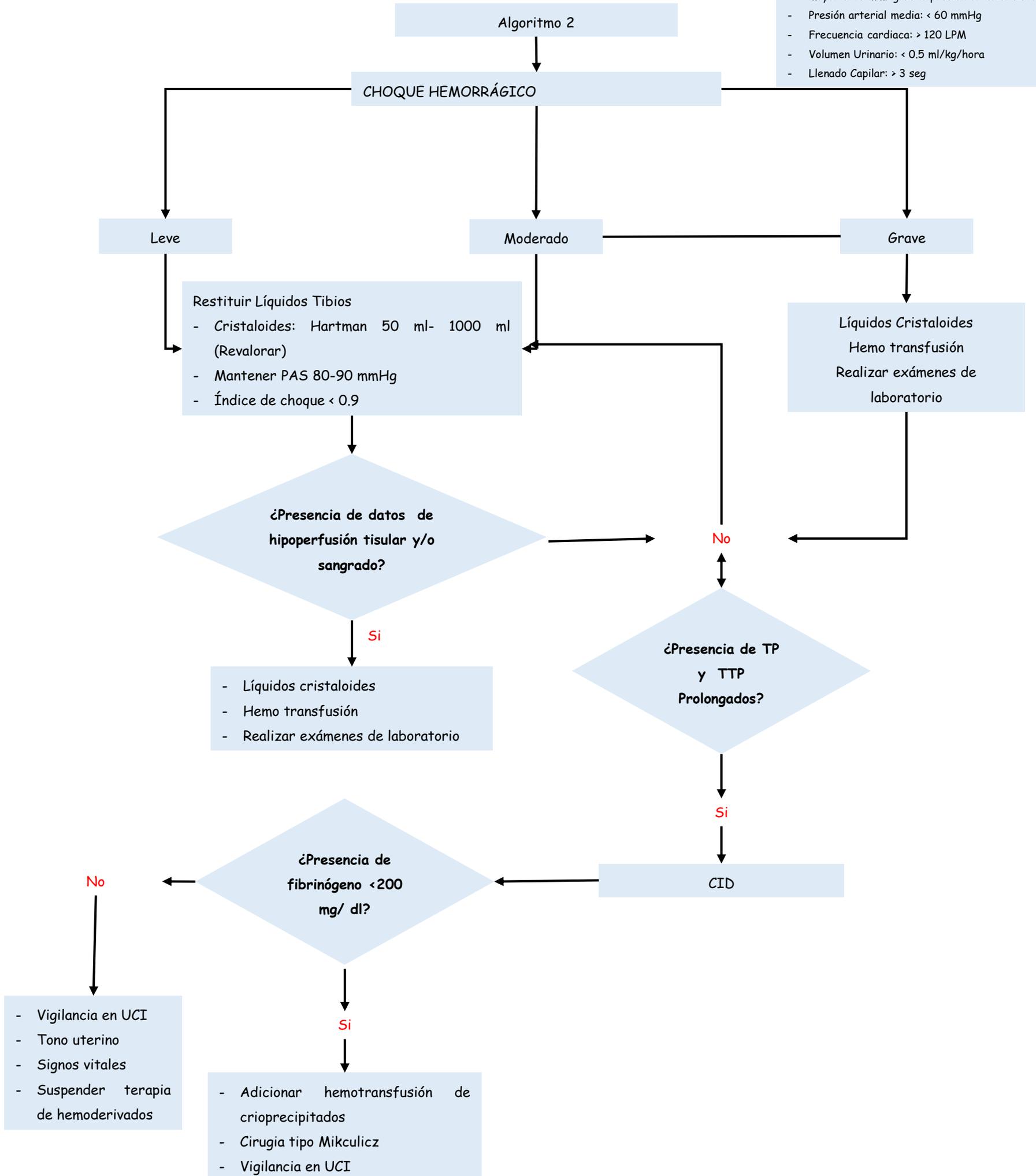
# Identificación del Estado de Choque



# Identificación del Estado de Choque

\*\* Signos Sugestivos de choque

- Hipotensión PAS <90 mmHg ó disminución de la PAS mayor a 40 mmHg de la presión arterial sistólica basal.
- Presión arterial media: < 60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: > 120 LPM
- Volumen Urinario: < 0.5 ml/kg/hora
- Llenado Capilar: > 3 seg



# Bibliografía

- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2017). Diagnostico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Guías de Evidencia y Recomendaciones: Guia de Practica Clinica. 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.
- Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas. Diagnostico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Actualización 2017
- GPC. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo IMSS-052-08.Actualización del 2014