

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Ángel Yahir Olán Ramos.

Parcial :2do Nombre de la Materia:clínica de Ginecología y Obstetricia.

Nombre del profesor: Dr. García Castillo Miguel De Jesús.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

7mo Semestre Grupo C

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es el proceso fisiológico mediante el cual el cuerpo de la madre se prepara y lleva a cabo el nacimiento del bebé. Está dividido en varias fases y etapas claramente definidas, cada una con características y tiempos particulares

Dilatación

1. Etapa Latente

- Duración: 6-8 horas (en primerizas), 4-6 horas (en multíparas).
- Definición: Inicio del trabajo de parto, con contracciones irregulares y dilatación cervical lenta (hasta 4 cm).
- Contracciones: Cada 5-30 minutos, duración de 30-45 segundos.

Dilatación

2. Etapa Activa

- Duración: 4-6 horas.
- Definición: Dilatación rápida de 4 a 10 cm, con contracciones más frecuentes y fuertes.
- Contracciones: Cada 2-5 minutos, duración de 45-60 segundos.

Expulsión

- Duración: 30 minutos a 2 horas (más corto en multíparas).
- Definición: Desde la dilatación completa (10 cm) hasta el nacimiento del bebé.
- Contracciones: Cada 2-3 minutos, duración de 60-90 segundos.
- Eventos: Fase activa de empuje, hasta la salida del bebé.

Alumbramiento

- Duración: 5-30 minutos.
- Definición: Expulsión de la placenta tras el nacimiento del bebé.
- Contracciones: Leves, permiten la separación de la placenta.

Post parto inmediato

- Duración: 1-2 horas.
- Definición: Período de recuperación y estabilización de la madre, control del sangrado y contracción uterina.
- Eventos: Observación, contacto piel a piel, inicio de la lactancia.

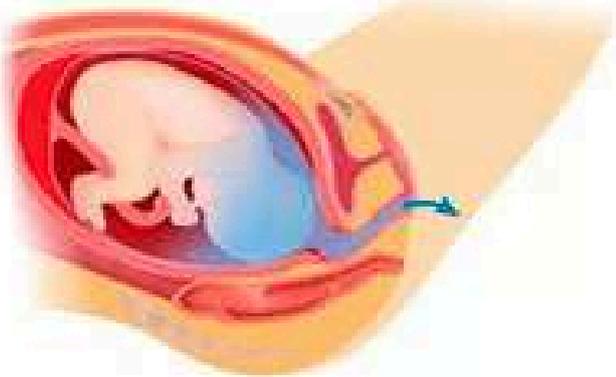
Resumen

Este es el proceso general del trabajo de parto, desde el inicio de las contracciones hasta el nacimiento y expulsión de la placenta.

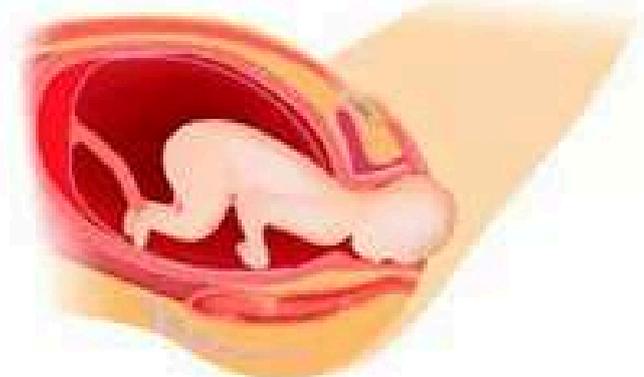
FASES DEL PARTO



Expulsión fetal



Dilatación cervical



Expulsión de la placenta

 bebé y yo

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). Williams obstetrics [25^a ed.]. McGraw-Hill Education.

Manejo de hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Se define como una pérdida excesiva de sangre (>500 ml en un parto vaginal o >1000 ml en una cesárea) durante el parto o el puerperio. El manejo efectivo de la hemorragia obstétrica depende de un diagnóstico temprano y de un tratamiento rápido.

Causas de la hemorragia obstétrica (las 4 "T"):

1. Tono (atonía uterina):

- Es la causa más común. El útero no se contrae adecuadamente después del parto, lo que impide el control del sangrado.
- Factores de riesgo: Parto prolongado, uso de oxitocina, macrosomía fetal, embarazo múltiple, corioamnionitis, entre otros.

2. Trauma:

- Laceraciones en el canal de parto, desgarros uterinos o cervicales, y ruptura uterina.
- Factores de riesgo: Parto instrumental (fórceps, ventosas), cesáreas anteriores, trabajo de parto prolongado o precipitado.

3. Tejido (retención de tejidos placentarios):

- Retención de fragmentos placentarios, lo que impide la contracción adecuada del útero.
- Factores de riesgo: Placenta previa, acretismo placentario, parto prematuro.

4. Trombina (trastornos de la coagulación):

- Problemas de coagulación como coagulación intravascular diseminada (CID), preeclampsia o sepsis.
- Factores de riesgo: Trastornos preexistentes de coagulación, desprendimiento prematuro de placenta, embolismo de líquido amniótico.

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia obstétrica es clínico, basado en la cantidad de sangre perdida y la presencia de signos de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, palidez, mareos). Los estudios complementarios ayudan a identificar la causa:

- **Examen físico:** Se evalúa el tono uterino, la presencia de laceraciones o desgarros y la integridad de la placenta.
- **Ecografía:** Útil para detectar restos placentarios retenidos o hematomas.
- **Laboratorio:** Hemoglobina/hematocrito, tiempos de coagulación, fibrinógeno, y plaquetas para evaluar la severidad y la causa del sangrado.

Tratamiento de la hemorragia obstétrica

El tratamiento debe ser rápido y multidisciplinario. Incluye:

1. Medidas iniciales:

- Evaluación y estabilización: Asegurar vía aérea, control de signos vitales y monitorización.
- Reposición de volumen: Administrar cristaloides (solución salina o Ringer lactato) y, si es necesario, transfusión de sangre (considerando concentrados de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado).
- Compresión uterina: Masaje uterino para estimular las contracciones.

2. Tratamiento farmacológico:

- Oxitocina: Primer fármaco de elección para estimular las contracciones uterinas.
- Misoprostol: Se administra cuando no hay respuesta a la oxitocina.
- Ergonovina y metilergonovina: Agentes uterotónicos.
- Ácido tranexámico: Útil para reducir el sangrado por su efecto antifibrinolítico.

3. Tratamiento específico según la causa:

- Atonía uterina: Uterotónicos (oxitocina, misoprostol, ergometrina), masaje uterino bimanual y compresión aórtica.
- Retención de tejido: Evacuación manual de restos placentarios o curetaje uterino.
- Trauma: Reparación quirúrgica de desgarros o laceraciones.
- Trastornos de la coagulación: Tratamiento de la causa subyacente (por ejemplo, transfusión de plasma, plaquetas o fibrinógeno).

4. Intervenciones quirúrgicas:

- Taponamiento intrauterino: Balón de Bakri o gasas para ejercer presión interna y controlar el sangrado.
- Ligadura arterial: Ligadura de arterias uterinas u ovarias para reducir el flujo sanguíneo.
- Embolización arterial: Procedimiento radiológico para obstruir el suministro sanguíneo a la zona afectada.
- Histerectomía: Última opción en casos de hemorragia incontrolable, cuando otros tratamientos han fallado.

Prevención

- Prevención activa del alumbramiento: Administración de oxitocina después del parto para prevenir la atonía uterina.
- Identificación de factores de riesgo durante el embarazo para una atención adecuada durante el parto.
- Capacitación del personal médico en la identificación temprana y el manejo de la hemorragia obstétrica.

La hemorragia obstétrica es una emergencia médica, y su manejo requiere rapidez y precisión para evitar complicaciones severas como el shock o incluso la muerte materna.

BIBLIOGRAFÍAS

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics* (25ª ed.). McGraw-Hill Education.

OMS. (2012). *Manejo clínico de la hemorragia posparto*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75411>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). *Postpartum hemorrhage: Practice Bulletin No. 183*. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>