

Mi Universidad

Esquema cronológico de trabajo de parto

Bryan Reyes González.

Esquema cronológico de trabajo de parto.

Segundo parcial.

Clínica de ginecología y obstétrica.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre grupo C

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

TRABAJO DE PARTO

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto >22 semanas, incluyendo placenta y sus anexos.

PERIODO 1 DILATACION Y BORRAMIENTO

FASE LATENTE

INICIO: Contracciones uterinas regulares

Fin: 4cm de dilatación

FUNCION: Preparación del cérvix

DURACION:

Primípara: <18 hrs

Múltipara: <12 hrs



FASE ACTIVA

INICIO: 4cm de dilatación

FIN: dilatación completa

FUNCION: Dilatación

DURACION

Primípara: >1.2 cms/hrs

Múltipara: >1.5 cm/ hrs



PERIODO 2

Estadio 2: Descenso-Expulsión

DEFINICION

Inicio: dilatación completa

Fin: Nacimiento del producto

FUNCION: Nacimiento del producto

DURACION:

Primípara: <2hrs

Múltipara: <1hrs



PERIODO 3

Estadio 3: Alumbramiento

DEFINICION

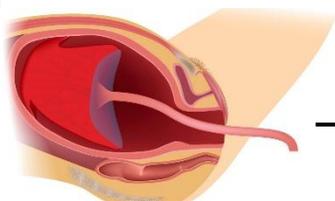
Inicio: nacimiento del producto

Fin: Expulsión de placenta

FUNCION: Expulsión de la placenta

DURACION:

<30 min.

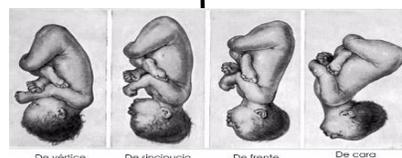


ESTATICA FETAL

Las relaciones intrínsecas que guardan entre sí las diferentes partes del feto con las extrínsecas, es decir, las que tiene en contacto con el conducto del parto.

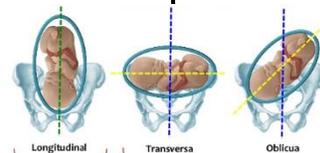
Actitud

Postura o hábito que guardan las diferentes partes del feto entre sí



Situación

Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre



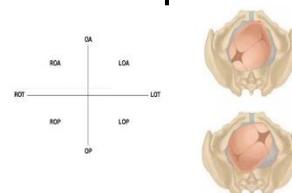
Presentación

Parte del feto que se exhibe o está más avanzada dentro del conducto del parto



Posición Fetal

Relación de la presentación con el lado derecho o izquierdo del conducto del parto.



HEMORRAGIA OBSTRETRICA

Sangrado >500ml

Monitorizar, medir uresis, uterotónico de primera linea

Sangrado >1000

Activar protocolo HPP

1 manejo básico:

Mantener T°>35°C, PH>7.2, Ca ionizado>1.1-1.3 mmol/L

2.- Hiperfibrinilosis

Acido tranexámico 1g dentro de 3 horas inicial, monitorizar TEG, Repetir ATX si es necesario

Pruebas viscoelásticas – laboratorio estandar

3.- Deficit de fibrinogeno

Evidencia de déficit por tromboelastometria
A5<12 mm o fibrinógeno <200mg/dl

4g de concentrado de fibrinógeno o crioprecipitados (1 unidad/10kg)

Desprendimiento de placenta, emb de liquido amniotico

Doss de fibrinógeno empírica si no se cuenta con resultado de fibrinógeno o TEG

Politransfusion (sangrado masivo >2500ml)

4.- Sangrado continuo

Coagulopatía no corregida/sangrado masivo

Politransfusion incluir PFC

Plaquetopenia <75ml

Concentrado de plaq meta >50 ml

BIBLIOGRAFIA:

GPC. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo IMSS-052-08.Actualización del 2014

https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/fulltext/9900/haemostatic_support_in_postpartum_haemorrhage__a.35.aspx