



UDS

Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Alexis González González.

Nombre del tema: El Mecanismo Del Trabajo De Parto.

Parcial: 2do.

Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia.

Nombre del profesor: Dr. Víctor Manuel Nery González.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 5to.

Fecha de elaboración: Pichucalco Chiapas, a 11 de febrero de 2025.

EL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

CONCEPTO

El trabajo de parto corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta. Durante el trabajo de parto se logra la expulsión del feto y de la placenta desde la cavidad uterina. Para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto.

PARTO NORMAL

Concepto: El parto normal (OMS 1996) se define como aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.

PARTO EUTÓCICO

Definición de parto normal (“eutócico”): El parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y dolorosa, con una frecuencia mínima de 2 contracciones cada 10 minutos, y un cérvix borrado al menos un 50% y con 4 cm de dilatación.

LOS MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto suele comenzar con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable y el cuello uterino comienza a borrarse y dilatarse. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

Evaluación Materno-Fetal Durante el Trabajo de Parto:

- **Evaluación de la mujer:** Signos vitales (PA, pulso, T°) cada una hora. Control de la dinámica uterina cada 30 minutos si es manual, o de modo continuo si se usa el monitor.
- **Evaluación fetal:** Vigilancia de LCF en relación a las contracciones uterinas. Puede efectuarse de modo intermitente (cada 15 minutos durante la dilatación y cada 5 minutos en el expulsivo) con el estetoscopio de Pinard o doppler fetal, o de modo continuo con el monitoreo electrónico de los LCF. Variedad de Posición Fetal: consiste en determinar la relación del punto de reparo de la presentación con respecto a la pelvis materna.

Tacto Vaginal Obstétrico: El tacto vaginal obstétrico, durante el trabajo de parto, debe precisar las características del cuello uterino, de las membranas fetales, de la pelvis materna y de la presentación fetal (polo fetal).

Cuello uterino:

- **Grado de Borramiento Cervical (acortamiento cervical):** la porción vaginal del cuello uterino mide 2 cm. Si el cuello mide 2 cm en el TV, diremos que está “largo”. Si el cuello mide 1 cm, diremos que está “50% borrado”; lógicamente diferentes longitudes del cuello se expresan como diferentes % de borramiento. Se considera completamente borrado (100% borrado).
- **Dilatación cervical:** se mide en centímetros, introduciendo y separando los dedos índice y medio en la parte interna del cuello. La máxima dilatación ocurre cuando la separación de los dedos es de 10 cm (“dilatación completa”).
- **Consistencia del cuello uterino:** expresa la solidez o firmeza del cuello uterino; se categoriza en duro, intermedio o blando.
- **Posición del cuello:** antes del inicio del trabajo de parto, el cuello uterino está inclinado hacia atrás (hacia el sacro de la embarazada), en ese caso diremos que es “posterior”. Durante el trabajo de parto se inclina hacia adelante, hasta estar “centrado”, y la situación intermedia se describe como “semicentrado” o “posición intermedia”.

EL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

LOS MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

Membranas Ovulares: Las membranas se sienten como un acolchonamiento de superficie lisa entre el dedo explorador y la presentación; si existe duda de la integridad de las membranas, la presentación se puede empujar levemente hacia arriba, con el fin que salga líquido a través del cuello uterino.

Pelvis Materna: Mediante el tacto vaginal obstétrico es posible conocer las dimensiones de la pelvis materna. Antiguamente se intentaba medir los diámetros pélvicos para determinar si el parto vaginal era posible; sin embargo, hoy se sabe que la evaluación de los diámetros pélvicos no permite predecir acuciosamente la probabilidad de parto vaginal.

Evaluación del polo fetal:

- **Grado de descenso:** el grado de descenso de la presentación fetal se estima a través de la relación entre el punto más prominente de la presentación y un punto de reparo en la pelvis: los planos de Hodge y o las espinas ciáticas. El punto más prominente corresponde en la presentación cefálica es una parte de la cabeza fetal, habitualmente el occipucio (si la cabeza está en flexión máxima).
- **Planos de Hodge:** **Primer Plano:** corresponde al estrecho superior de la pelvis, trazado entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis pubiana. **Segundo Plano:** paralelo al anterior, toca el borde inferior de la sínfisis pubiana y el cuerpo de la segunda vértebra sacra; está localizado en el plano de las dimensiones pélvicas máximas. **Tercer Plano:** paralelo a los precedentes, tangencial a las espinas ciáticas. **Cuarto Plano:** es el estrecho de salida de la pelvis, señala el piso pelviano; paralelo a los precedentes, toca el vértice del coxis.

LOS MOVIMIENTOS QUE DEBE REALIZAR EL PRODUCTO PARA ATRAVESAR EL CANAL DEL PARTO

Encaje: Esto es cuando la parte más ancha de la cabeza de su bebé ha entrado a su pelvis.

- El encaje le indica a su proveedor de atención médica que su pelvis se ha expandido lo suficiente como para permitir que la cabeza del bebé baje (descienda).

Descenso: Esto es cuando la cabeza de su bebé baja más (desciende) a través de su pelvis.

- En la mayoría de los casos, el descenso ocurre durante el parto, ya sea conforme se dilata el cuello uterino o después de que comience a pujar.

Flexión: Durante el descenso, la cabeza del bebé se flexiona hacia abajo de manera que la barbilla toca el pecho.

- Con la barbilla inclinada es más fácil que la cabeza del bebé pase a través de la pelvis.

Rotación interna: Conforme la cabeza de su bebé descende más y más, esta casi siempre rotará de manera que la nuca quede justo detrás del hueso del pubis. Esto ayuda a que la cabeza se adapte a la forma de su pelvis.

- Normalmente el bebé se encontrará boca abajo de frente a la columna de la madre.

- En ocasiones el bebé rotará de manera que su cara quede de frente al hueso púbico.

- Conforme la cabeza de su bebé rota, se extiende o se flexiona durante el parto, el cuerpo permanecerá en posición con un hombro abajo, orientado a su columna, y el otro orientado hacia arriba, a su vientre.

Extensión: Conforme el bebé alcanza la abertura de la vagina, normalmente la nuca está en contacto con su hueso púbico.

- En este punto, el canal del parto se curva hacia arriba y la cabeza del bebé tiene que extenderse hacia atrás. Así, la cabeza rota debajo y alrededor del hueso púbico.

Rotación externa: Conforme la cabeza del bebé se extrae, rotará un cuarto de giro para quedar alineada con el cuerpo.

Expulsión: Luego de que se extrae la cabeza, el hombro superior se extrae debajo del hueso púbico.

- Después del hombro, el resto del cuerpo suele extraerse sin ningún problema.

EL MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

POSICIÓN

POSICIÓN FETAL

La posición fetal hace referencia a la parte de su pelvis donde se encuentra la parte que se presenta.

• **La parte que se presenta.** La parte que se presenta es la parte del bebé que encabeza el camino a través del canal del parto. En la mayoría de los casos esta parte es la cabeza del bebé, pero puede ser un hombro, las nalgas o los pies.

• **Espinas ciáticas o isquiáticas.** Estos son puntos de hueso en la pelvis de la madre. Normalmente las espinas ciáticas representan la parte más angosta de la pelvis.

• **Posición 0.** Esto representa el punto en el que la cabeza del bebé se encuentra a la altura de las espinas ciáticas. Se dice que el bebé está "encajado" cuando la parte más grande de la cabeza ha entrado a la pelvis.

• Si la parte que se presenta está por encima de las espinas ciáticas, la posición se indica como un número negativo que va de -1 a -5.

En las madres primerizas la cabeza del bebé se puede encajar a las 36 semanas del embarazo. Sin embargo, el encajamiento puede suceder más adelante en el embarazo o incluso durante el parto.

SITUACIÓN

SITUACIÓN FETAL

Esto se refiere a la manera en la que se alinea la columna vertebral del bebé con la de la madre. La columna vertebral de su bebé se encuentra entre la cabeza y la rabadilla.

En la mayoría de los casos, su bebé se asentará en una posición en la pelvis antes de que comience el parto.

• **Si la columna de su bebé está orientada en la misma dirección (es paralela) a la de usted, se dice que el bebé está en situación longitudinal.**

Casi todos los bebés están en posición longitudinal.

• **Si el bebé se encuentra de lado** (es decir, formando un ángulo de 90 grados respecto a su columna vertebral), se dice que el bebé está en situación transversal.

ACTITUD

La actitud fetal: describe la posición de las partes del cuerpo de su bebé.

La actitud fetal normal comúnmente se conoce como posición fetal.

• **La cabeza está inclinada sobre el pecho.**

• **Los brazos y las piernas están recogidos hacia el centro del pecho.**

Las actitudes fetales anormales incluyen tener la cabeza extendida hacia atrás de manera que la frente o la cabeza se presentan primero. Otras partes del cuerpo pueden estar colocadas detrás de la espalda. Cuando esto sucede, la parte que se presenta será más grande al pasar por la pelvis. Esto puede dificultar el parto.

PRESENTACIÓN

La presentación fetal: describe la manera en la que está colocado el bebé para salir por el canal del parto para el alumbramiento.

La posición más deseable para su bebé dentro de su útero al momento del parto es con la cabeza hacia abajo. Esto se conoce como presentación cefálica.

• **Esta posición hace que el paso de su bebé a través del canal del parto sea más fácil y seguro.** La presentación cefálica ocurre en alrededor del 97% de los partos.

• **Existen distintos tipos de presentación cefálica que dependen de la posición de las extremidades y la cabeza del bebé (actitud fetal).**

Si su bebé se encuentra en cualquier posición que no sea con la cabeza hacia abajo, su médico podría recomendarle un parto por cesárea.

LA FASE ACTIVA Y LA FASE LATENTE

Fase latente: entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara.

Fase activa: se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación; y termina con la "dilatación completa" (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo. La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara. En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.

1. Fase de dilatación: Las contracciones del útero hacen que el cuello uterino se dilate hasta permitir el paso de la cabeza y el cuerpo del bebé. Suele ser la fase más larga del parto, dependiendo generalmente del número de partos anteriores, y la que puede resultar más pesada para la mujer debido a su duración (de 5 a 12 horas en las primíparas y de 2 a 8 en las mujeres que ya han tenido un parto o más). El bienestar del niño se registra mediante un sistema llamado "monitorización".

Esta fase, a su vez, tiene dos partes:

- Borramiento del cuello:** primero se producen unas contracciones cortas, poco intensas y bastante espaciadas, cuya finalidad es ablandar y acortar el cuello del útero hasta que prácticamente desaparece. Es aconsejable pasear y relajarse, reservando energías para más adelante.

- Dilatación:** Aumenta la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones, que pasan a aparecer cada 2-3 minutos. Es importante estar tranquila y relajada, siguiendo las indicaciones de la matrona y practicando los **ejercicios de respiración y relajación** aprendidos durante el embarazo. Mediante exploración vaginal se mide la dilatación, que será completa cuando alcance los 10 centímetros.

Fases del parto

2. Fase de expulsión: Las contracciones ayudan al descenso de la cabeza del niño. La duración de esta fase varía de unas mujeres a otras y también influye si es el primer parto o ya ha habido otros. Se tienen ganas de empujar y hay que seguir las indicaciones de los profesionales sanitarios (respiración, momento para empujar, relajación, etc.). En esta fase puede resultar de gran ayuda haber practicado durante el embarazo algunos ejercicios de Atención Plena.

Cuando asoma la cabeza del niño, y para impedir desgarros, a veces es necesario realizar un pequeño corte, al cual se denomina **episiotomía**.

Esta fase suele durar entre 30 y 60 min.

Una vez que el niño ha salido, se pinza y corta el cordón umbilical.

Es muy importante favorecer un primer contacto entre madre e hijo poniendo al recién nacido sobre el abdomen de la madre, parte de la llamada técnica "piel con piel".

3. Fase de alumbramiento: Una vez que ha salido el bebé, y después de una breve pausa, vuelven las contracciones de manera más suave, para expulsar la placenta y la bolsa que contenía el líquido amniótico que protegía y nutría al bebé (bolsa de las aguas).

Sucede unos 10 minutos después del nacimiento del niño.

Fuentes bibliográficas

1. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=labor85P04320#:~:text=El%20trabajo%20de%20parto%20es,la%20fecha%20estimada%20de%20parto>
2. [http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/9000094999/91868/res6472004cap2.htm#:~:text=ASPECTOS%20GENERALES.&text=El%20parto%20normal%20\(OMS%201996,semanas%20completas%20de%20edad%20gestacional](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/9000094999/91868/res6472004cap2.htm#:~:text=ASPECTOS%20GENERALES.&text=El%20parto%20normal%20(OMS%201996,semanas%20completas%20de%20edad%20gestacional).
3. <https://sego.es/documentos/ponencias/cursos/141/3.%20Jordi%20Bellart%20Alfonso%20%20Manismo%20del%20parto%20normal.%20Condicionantes%20actuales.pdf>
4. https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-departo-y-parto/manejo-del-trabajo-de-parto-normal#Internaci%C3%B3n-en-la-sala-de-parto_v88632021_es
5. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002060.htm#:~:text=Ciertas%20posiciones%20del%20cuerpo%20hacen,la%20espalda%20de%20la%20madre>.
6. <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/embarazoparto/parto/fasesparto#:~:text=Fa%20se%20de%20alumbramiento%3A,despu%C3%A9s%20del%20nacimiento%20del%20ni%C3%B1o>.
7. Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017%20(1).pdf