



Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Etapas clínicas del trabajo de parto

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: Josue Vasquez Sumoza

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 5°

ETAPA DE borramiento y dilatación cervical

Comienza cuando se logran contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical

Inicio variable: En algunas mujeres comienzan de forma repentina; en otras, se inicia con expulsión de moco tejido de sangre ("show" o "tapón mucoso").



Ritmo y características de las contracciones

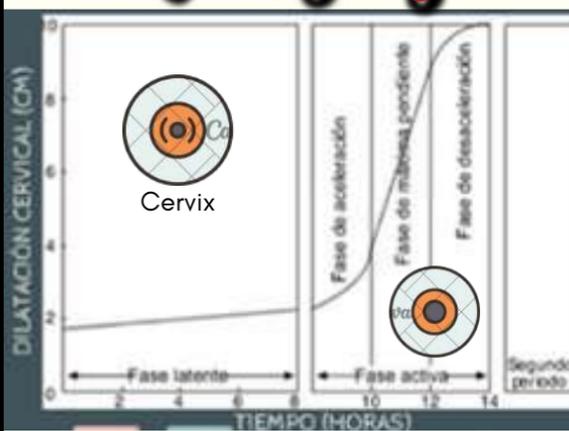
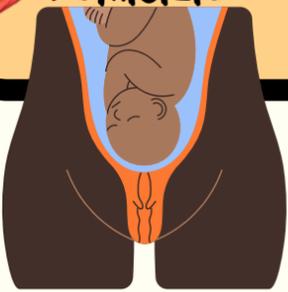
- Intervalo: de 10 min al inicio a 1 min o menos en etapa activa.
- Duración promedio: 30-90 seg (1 min).

Fases

FASE LATENTE

Modificaciones cervicales
dilatación cervical < 5 cm / borramiento < 50%

- 12-18 horas nulipara/ 6-12 horas en multipara
- **EGRESO A DOMICILIO**



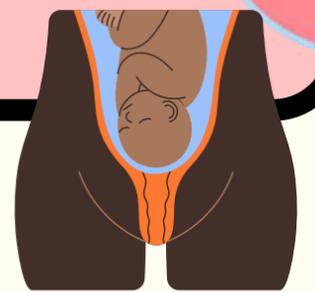
Contracciones verdaderas:

- >30 segundos
- Hay dilatación de cuello uterino
- Braxton Hicks (falsas)
- No hay dilatación cervical
- No forman parte directa de trabajo de parto
- Preparan a utero para parto real

FASE ACTIVA

Modificaciones cervicales > 5 cm de dilatación, borramiento > 50%

- Contracciones 2 en 10 min
- nulipara 8-18 hrs
- multipara 5-12 horas
- **ingresa a labor**



Monitoreo

NO RECOMENDADO:

- Rasurado rutinario de vello púbico
- Enemas evacuantes
- Amniotomía rutinaria
- Oxitocina rutinaria
- Antiespasmódicos

Naturaleza del dolor: A diferencia de las contracciones fisiológicas, estas son dolorosas por:

1. Hipoxia del miometrio.
2. Compresión de ganglios nerviosos (teoría más aceptada).
3. Estiramiento cervical.
4. Estiramiento del peritoneo.

Realizar

Monitorización de Contracciones:

- GPC: Cada 30 min
- Nom: Cada 30-60 por 10 min con mano en abdomen

FCF: Normal: 110-160

- Cada 15-30 min (1er periodo), cada 5 mins (2do periodo)

Tacto vaginal:

- Cada 4 horas

Signos vitales

- Cada 2 horas

Analgesia

Metodos no farmacológicos:

- Psicoprofilácticos: Respiración profunda, relajación, musicoterapia, masajes, compresas calientes, pelota obstetrica.
- Analgesia epidural:

- En fase activa (no rutinario)

En:

- Hipotensión, retención urinaria, fiebre, sufrimiento fetal

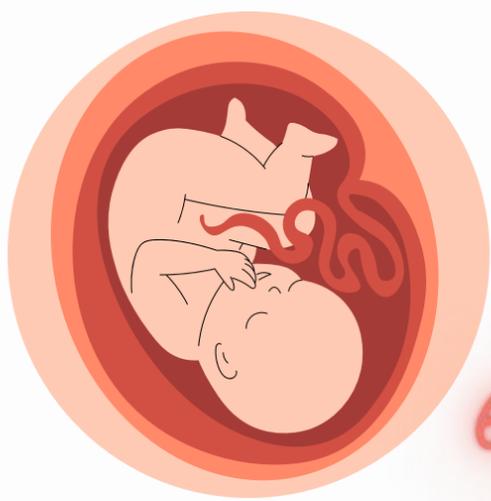
Fuerzas auxiliares y cambios cervicales

Fuerzas auxiliares (pujo)

- Pujos: contracción abdominal + cierre de glotis (similar a defecar, pero más intenso).
- **Importante:** En la primera etapa no se recomienda pujar → agota a madre y puede dañar al feto.

Cambios cervicales

- Borramiento: acortamiento del cuello uterino (de 3 cm a un orificio delgado).
- Dilatación: canal debe alcanzar 10 cm.
- En muchos casos, se acompaña de cierto descenso fetal.
- Primera etapa finaliza cuando se completa dilatación cervical.



ETAPA DE expulsión fetal

Descenso fetal

El descenso fetal sigue una curva hiperbólica al trazar la estación fetal (posición de la cabeza respecto a las espinas isquiáticas) contra el tiempo.

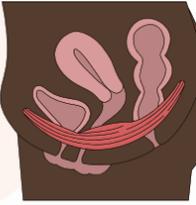


Duración: 60 minutos | 2 horas con analgesia

- LIBRE ADOPCIÓN DE POSTURA PARA LA MADRE
- USO DE COMPRESAS CALIENTES
- PROTECCIÓN DEL PERINÉ MANIOBRA DE RITGEN

Cambios en el piso pélvico

- Hipertrofia del elevador del ano y forma una banda gruesa alrededor de la vagina (2 cm por encima del himen).



Durante el parto:

- El perineo se adelgaza de 5 cm a <1 cm y se vuelve casi transparente.
- El ano se dilata visiblemente (2-3 cm), dejando que pared anterior del recto se abombe.

Auscultación intermitente al término de una contracción cada 5 minutos

Se recomienda retrasar 1 o 2 horas el momento de inicio del pujo materno en mujeres con analgesia epidural



maniobras



Ritgen modificada

- Apoyo del perineo a medida que la cabeza del feto corona
- Se aplica presión moderada hacia arriba de la barbilla fetal con la mano posterior cubierta con una toalla estéril
- La otra mano aplica presión occipital

En distocia de hombros:

- McRoberts
- Piernas de madre en flexión máxima de caderas sobre el abdomen

Maniobra de Somersault:

- Una vez que asoma la cabeza, se debe revisar si el cordón umbilical
- Nace bebé con cordón aún alrededor del cuello, permitiendo una especie de "voltereta" (somersault) del cuerpo hacia la madre, para mantener perfusión por el cordón mientras se termina el parto.

Episiotomía

VALORAR REALIZACIÓN EN:

- MACROSÓMICO
- USO DE FORCEPS
- NULÍPARA

COMPLICACIONES INMEDIATAS:

- EDEMA
- HEMORRAGIA
- DESGARROS
- HEMATOMA E INFECCIÓN



- Episiotomía de elección: Mediolateral
- Suturar con Vicryl
- Complicaciones tardías: Dispareunia, adherencias, endometriosis
- Evitar episiotomía



Evitar:

- Maniobra de Kristeller (presión sobre fondo uterino) - prohibida.
- Episiotomía rutinaria - solo si está clínicamente indicada.
- Pujo dirigido de manera forzada - mejor permitir el pujo espontáneo.



ETAPA DE SEPARACIÓN Y EXPULSIÓN DE LA PLACENTA.

Expulsión placentaria

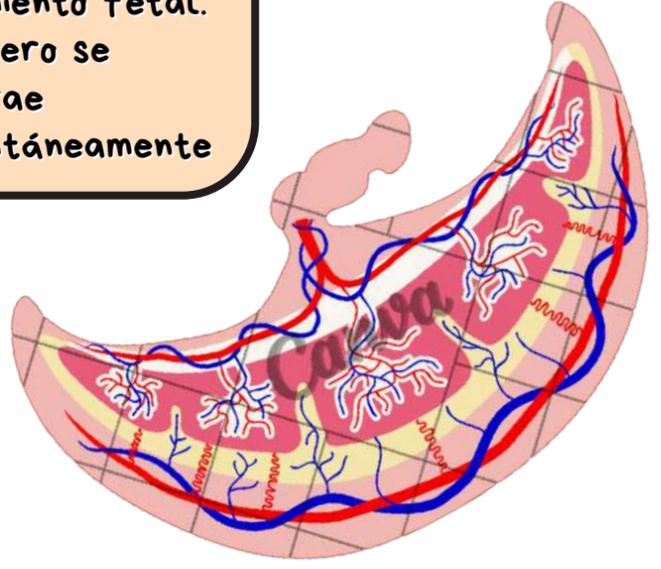
Mecanismo de Schultze:

- Separación central de la placenta.
- Se forma hematoma retroplacentario que empuja la placenta hacia abajo.
- La cara fetal aparece primero.

Mecanismo de Duncan:

- Separación lateral o marginal.
- La sangre se escapa visiblemente por la vagina antes de que salga la placenta.
- La cara materna aparece primero.

- Inmediatamente después del nacimiento fetal.
- El útero se contrae espontáneamente



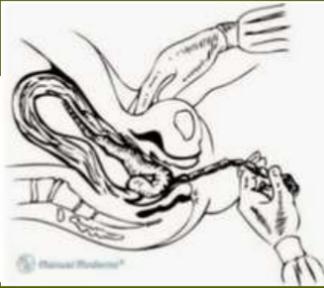
MANEJO ACTIVO PARA DISMINUIR RIESGO DE HEMORRAGIA POSPARTO:

- Uterotónicos (oxitocina)
- Tracción controlada
- Masaje uterino

Maniobras

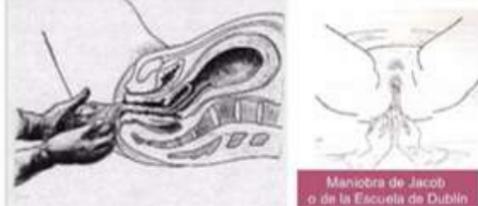
Brandt Andrews:

- Ligera presión suprapúbica
- Mientras se estira en dirección al asistente del parto
- Objetivo: permite extracción de placenta evitando inversión uterina



Dublín o Jacob:

- Sostener placenta con ambas manos, girandola sobre su propio eje - evitando desgarro de la misma
- Objetivo: Obtener placenta completa y reducir revisión manual.



Uterotónicos

Oxitocina

- Primera elección, se recomienda como profilaxis
- 10 UI IV o IM (inmediatamente después de nacimiento de bebé)
- Dosis máxima acumulada 40 UI

Oxitocina + Ergonovina.

Ergonovina

- 0.2 mg vía IM
- Contraindicada estados hipertensivos y enfermedad cardiaca



Misoprostol

- Via oral, sublingual, bucal o recto
- 400, 600 u 800 mcg

Revisión de placenta

Cara materna

- 15-20 cotiledones
- Rugoso

Cara fetal

- Inserción de cordón
- Lisa, brillante

