



NOMBRE DEL ALUMNO:
KARINA DESIRÉE RUIZ
PÉREZ

CARRERA: MEDICINA
HUMANA

ASIGNATURA:
GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DOCENTE: DR. JOSÚE
VÁZQUEZ SUMOZA

TEMA: INFOGRAFÍA SOBRE
ETAPAS CLÍNICAS DEL
TRABAJO DE PARTO

SEMESTRE: SEXTO
SEMESTRE

FECHA: 11 DE ABRIL DEL
2025.

FASE 3: TRABAJO DE PARTO

PRIMERA ETAPA



Son contracciones que producen borramiento cervicouterino y dilatación demostrable.

¿CÓMO SE PRODUCEN



Comienzan cuando se logran contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical (borramiento).

Mediante la liberación espontánea de una pequeña cantidad de moco teñido de sangre por la vagina conocido como "show sangriento".

CLASIFICACIÓN

- División preoperatoria (fase latente).
- División dilatadora (fase activa: se divide en aceleración, pendiente máxima, desaceleración)
- División Pélvica.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO VS UNO FALSO



Contracciones verdaderas: se mantiene de una forma regular >30 segundos.

- Marcan el inicio del trabajo de parto.
- Su función es dilatar el cuello uterino y ayudar al producto a descender por el canal de parto.

Braxton Hicks (contracciones falsas):

- No causan dilatación cervical.
- No forman parte directa del trabajo de parto.
- Sirven para preparar el útero y la musculatura para el parto real.

FASE LATENTE

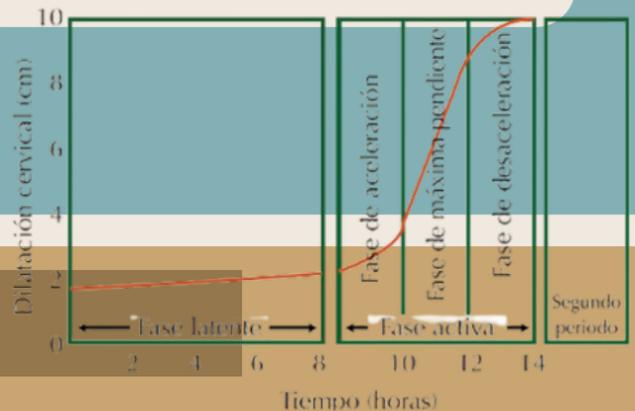


Se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas que causan modificaciones cervicales y que incluyen dilatación <5 cm.

DURACIÓN

- 12-18 horas nulipara/ 6 -12 horas multiparas.
- Se recomienda no ingresar a sala de labor.

Cada contracción alarga de manera gradual la forma uterina ovoide y reduce el diámetro horizontal.



FASE ACTIVA



La duración de cada contracción oscila entre 30 y 90 segundos, hasta 1 minuto.

Se caracteriza por actividad uterina regular y dolorosa, asociado a modificaciones cervicales. Inicia con 5 centímetros de dilatación y termina con la dilatación cervical completa.

Contracciones 2 en 10 minutos en nulíparas de 8-18 horas y en multiparas es de 5-12 horas.



BORRAMIENTO Y DILATACIÓN

Suceden para que una cabeza fetal (tamaño promedio) pase a través del cuello uterino y su canal debe dilatarse alrededor de 10 cm.

Borramiento cervical es "obliteración", se manifiesta por acortamiento del canal cervical desde casi 3 cm hasta un orificio circular con bordes casi delgados.



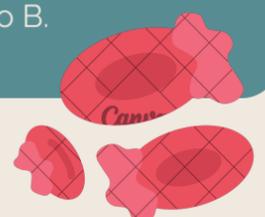
NO RECOMENDACIONES

- Amniotomía, oxitocina ni antiespasmódicos para abreviar el trabajo de parto.
- Rasurado rutinario de vello púbico.
- Enemas evacuantes.
- Tacto vaginal <4 hrs.



FACTORES DE RIESGO

- Edad materna
- Anomalías en el canal de parto.
- Infecciones.
- Rotura prematura de membranas: administrar profilácticos estreptococo del grupo B.



FASE 3: TRABAJO DE PARTO



SEGUNDA ETAPA: DESCENSO FETAL

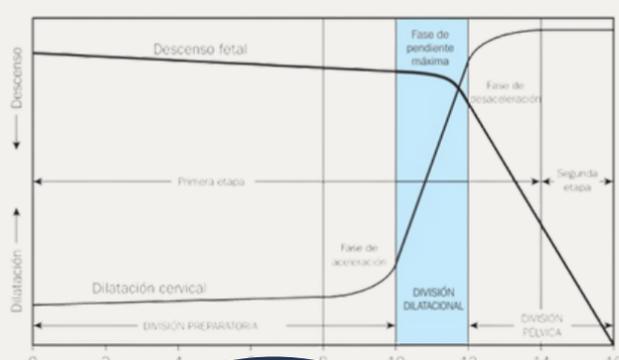


¿En qué consiste?

Ocurre cuando se forma una curva hiperbólica típica cuando la estación de la cabeza fetal se traza en función de la duración del trabajo de parto.

El descenso del diámetro biparietal fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquiáticas de la madre, siendo más rápido y sostenido en múltiparas.

Cambios en el piso pélvico



El canal del parto está apoyado y funcionalmente cerrado por el piso pélvico.



Su componente más importante es el músculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular.

El músculo elevador del ano cierra el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma.

Durante el embarazo experimenta hipertrofia, formando una banda gruesa que se extiende hacia atrás desde el pubis y rodea la vagina 2 cm por encima del plano del himen.

Durante la contracción atrae tanto el recto como la vagina hacia adelante y hacia arriba en dirección a la sínfisis del pubis actuando para cerrar la vagina.

Durante el parto:

- Las fibras del elevador del ano se estiran.
- Adelgazamiento de 5 a <1cm del perineo.
- Dilatación del ano de 2-3cm.

Las contracciones duran 1 min y ocurren en intervalos <90 s.



RECOMENDACIONES

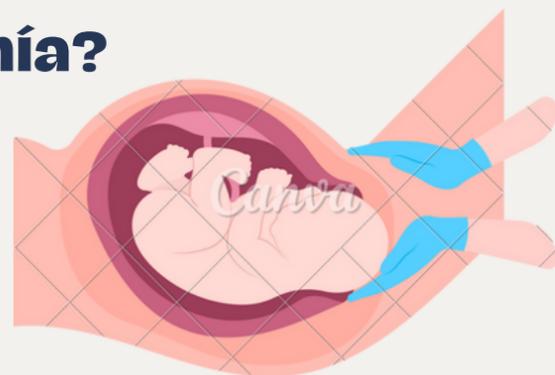
- ✓ No se recomienda dirigir el pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto.
- ✓ Se recomienda retrasar 1 o 2 horas el momento de inicio del pujo materno en mujeres con analgesia epidural.
- ✓ Auscultación intermitente al término de una contracción cada 5 minutos.

- ✓ Libre adopción de postura para el parto.
- ✓ No realizar episiotomía de rutina.

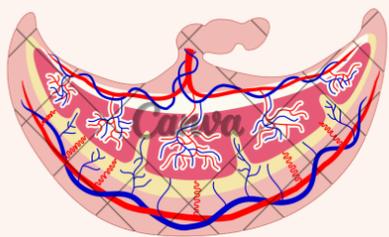


¿Cuándo se indica episiotomía?

- En macrosómicos, uso de fórceps nulípara.
- Edema, hemorragia, desgarros, hematoma e infección.
- Dispareunia, adherencias y endometriosis.



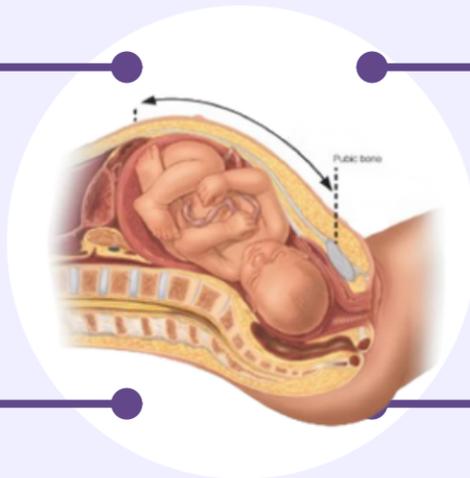
EXPULSIÓN DE PLACENTA Y MEMBRANAS



¿QUÉ OCURRE?

Comienza inmediatamente después del parto fetal e implica la separación y la expulsión de la placenta y las membranas. A medida que el recién nacido nace, el útero se contrae de manera espontánea.

El fondo uterino se encuentra por debajo del nivel del ombligo.



DISMINUCIÓN DEL FONDO UTERINO

Está acompañada de una reducción en el área del sitio de implantación placentaria.

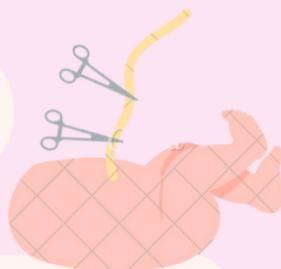
Para que la placenta se acomode, se engrosa, pero debido a la elasticidad placentaria limitada, se ve obligada a doblarse.

La estructura suelta de la decidua esponjosa ayuda en gran medida a la escisión de la placenta.

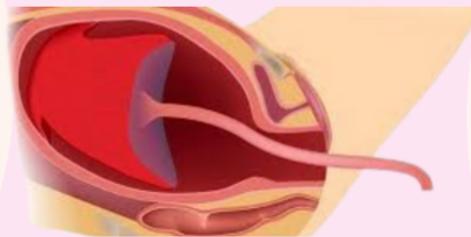
Durante el desprendimiento, se forma un hematoma entre la placenta en separación y la decidua adyacente, que permanece unida al miometrio



Después de que la placenta se ha desprendido, puede ser expulsada por el aumento de la presión abdominal.



La finalización de la tercera etapa se logra comprimiendo y elevando el fondo, mientras se ejerce una tracción mínima en el cordón umbilical.



Pinzamiento del cordón umbilical por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pretérmino.

MECANISMOS



M. DE SCHULT (EXPULSIÓN PLACENTARIA)

La sangre del sitio placentario se vierte en el saco de la membrana y no se escapa externamente hasta después de la extrusión de la placenta.



M. DUCAN

La placenta se separa primero en la periferia y la sangre se acumula entre las membranas y la pared uterina y se escapa por la vagina.

En esta circunstancia, la placenta desciende de lado y su superficie materna aparece primero.

UTEROTÓNICOS

- Ergonovina • 0.2 mg vía IM •
- Contraindicada en estados hipertensivos y enfermedad cardíaca

- Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo para reducir riesgo de hemorragia posparto.
- Administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM)

Misoprostol

- Vía oral, sublingual, bucal o rectal.
- 400, 600 u 800 mcg