

MANEJO EXTRA

E INTRAHOSPITALARIO DEL

TRABAJO DE PARTO



MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO

QUE ES?



La habilidad del feto para atravesar la pelvis con éxito.

- ❖ FUERZA
- ❖ PASAJERO
- ❖ CONDUCTO DEL PARTO

FUERZA

Las fuerzas generadas por la musculatura uterina durante la contracción.

3/5 CONTRACCIONES
EN 10MIN

OBSERVACION DE LA MADRE
PALPACION DEL FONDO
UTERINO.

CONTACCIONES

INTENSIDAD

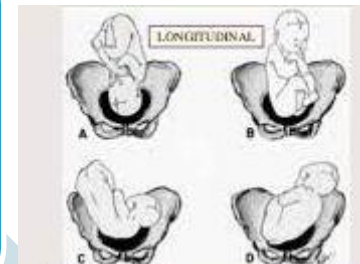
DURACION

FRECUENCIA



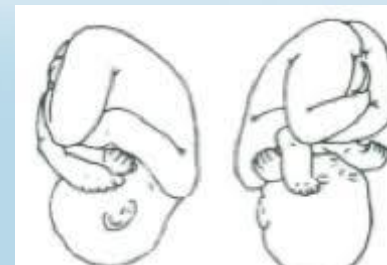
Tamaño fetal

Situación



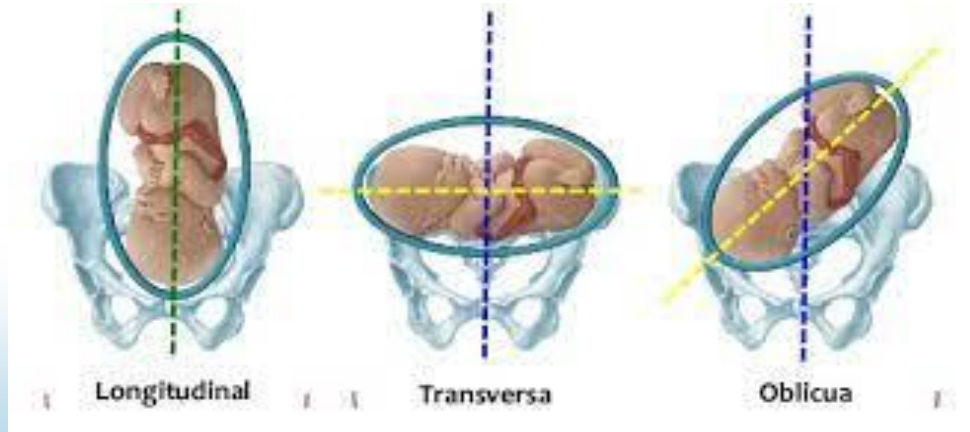
Presentación

Actitud



Situación

El eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero.



En la gestación única, el parto vaginal sólo debe considerarse en las situaciones longitudinales.

Presentación

Parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis.



Maniobra de Leopold

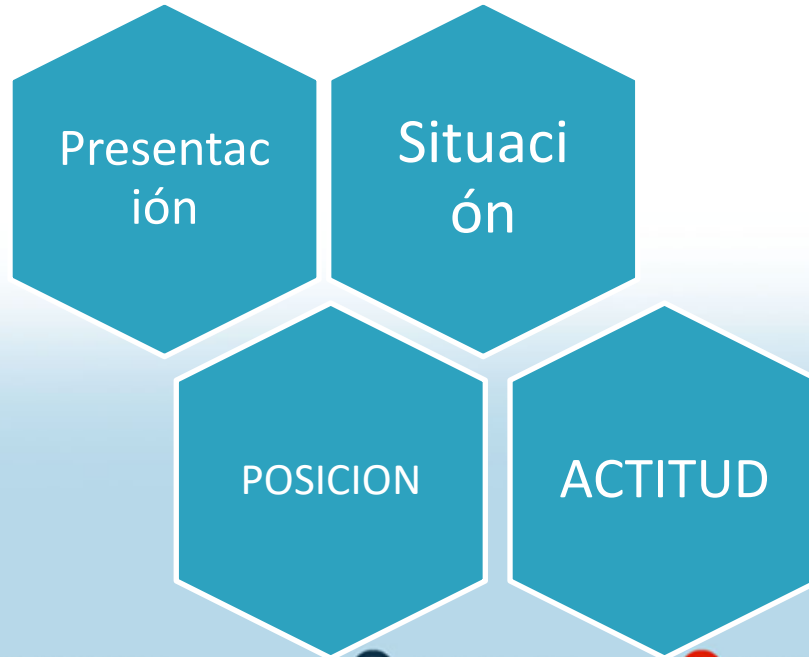
Identificar la posición del feto en la cavidad uterina.

Conocer la variedad de presentación y altitud uterina.

Conocer el grado de encajamiento.



Maniobra de Leopold



Maniobras de Leopold



1. Determinar el nivel del fondo uterino, forma del útero y parte del feto localizado en el fondo del útero.



2. Definir la posición del feto.

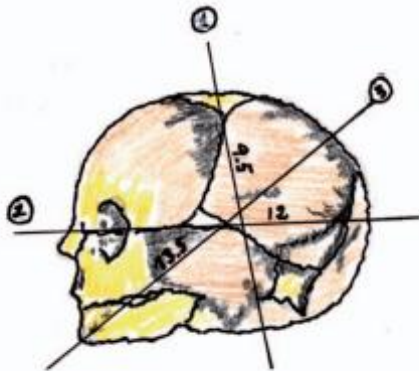


3. Definición de la presentación del feto.



4. Identificación y promoción de la parte propuesta.

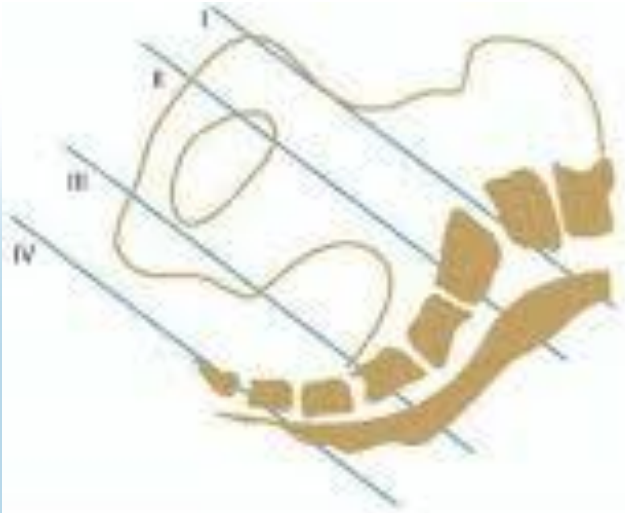
Posición de la cabeza con respecto a la columna fetal



1. Suboccipitobregmático (9,5 cm).
2. Occipitofrontal (12 cm).
3. Occipitomentoniano (13,5 cm).

Plano

Es una medición del descenso de la presentación a través del canal del parto.



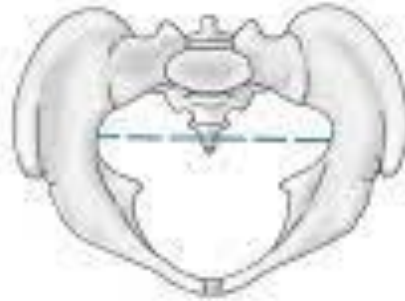
Planos de Hodge

1ER PLANO	BORDE SUP DE LA SINFIISIS PUBICA Y PROMONTORIO
2DO PLANO	BONDE INF DE LA SINFIISIS PUBICA.
3ER PLANO	ESPINAS CIATICAS
4TO PLANO	PARALELO A LAS ANT Y PASA POR EL COXI

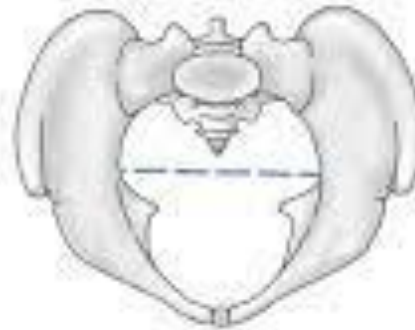
Tipos de pelvis



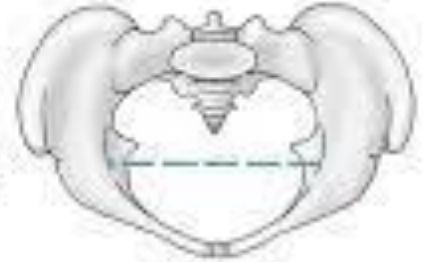
Ginecoide



Androide

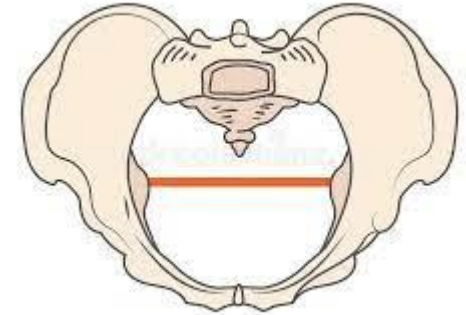


Antropoide



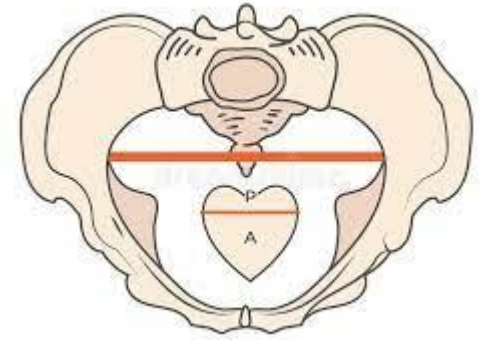
Platipeloide

PELVIS GINECOIDE



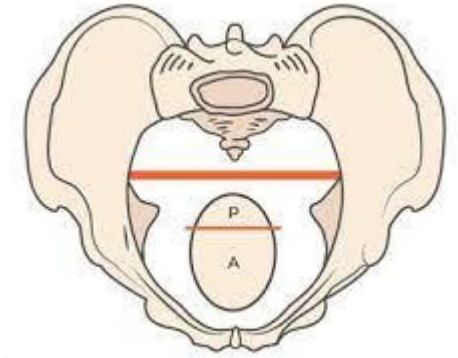
Es el tipo de pelvis más frecuente (50 %) y la más adecuada para el parto. El estrecho superior es redondo u ovalado, el diámetro transversal algo mayor que el anteroposterior. Las paredes son lisas. Las espinas ciáticas poco prominentes. El sacro curvo. La arcada púbica amplia.

PELVIS ANDROIDE



Es la pelvis masculina por excelencia (20 % en mujeres). Apta para el parto. El estrecho superior es triangular, el diámetro transversal es cercano al sacro. Las paredes laterales tienden a converger. Las espinas ciáticas son prominentes. El sacro se inclina anteriormente. El estrecho inferior está muy disminuido. La arcada pubiana es estrecha. Se ha comparado con un corazón de naipes francés al revés, el ángulo subpubiano es muy agudo.

PELVIS ANDROPOIDE

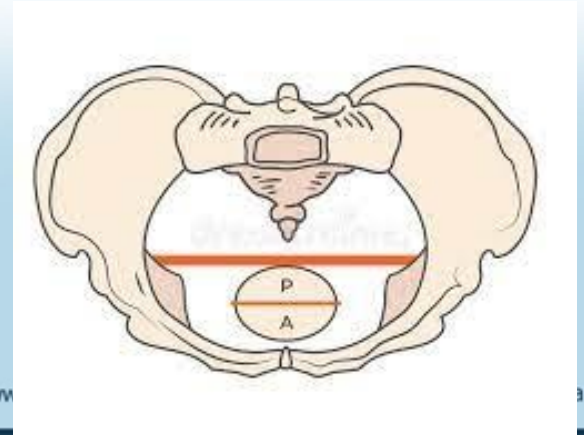


shutterstock.com · 1383821459

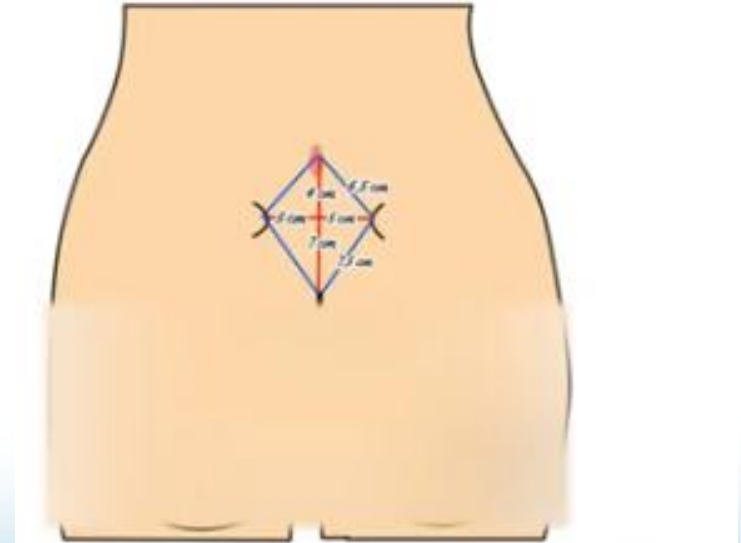
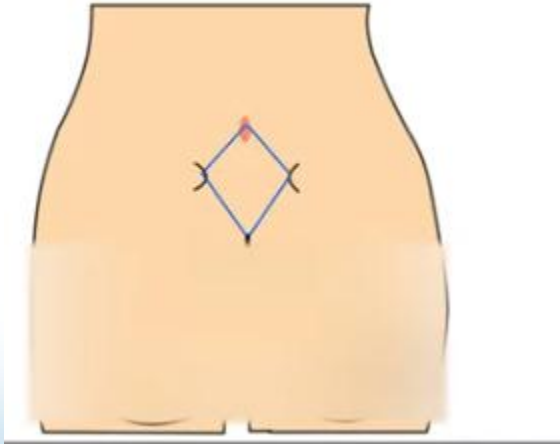
En el 25-30 %, en razas distintas a la blanca puede llegar al 50 %. Tiene forma elíptica. Es ancha anteroposteriormente, pero estrecha en sentido lateral. El diámetro anteroposterior del estrecho superior es mayor que el transversal. Las paredes laterales son divergentes. Las espinas ciáticas pueden o no ser prominentes. El sacro se inclina posteriormente. El estrecho inferior está disminuido. La arcada pubiana suele ser estrecha, con ángulo subpubiano agudo.

PELVIS PLATIPPELOIDE

Es la menos frecuente (3 %). Es ovalada, plana. Amplia en sentido lateral pero estrecha anteriormente a todos los niveles. Las paredes laterales son rectas. Las espinas ciáticas no son prominentes. El estrecho inferior está aumentado. La arcada pubiana suele ser muy amplia, con ángulo subpúbico obtuso.



PELVIMETRIA



Pelvis Aplanada



Pelvis Asimétrica



Pelvis Uniformemente estrecha



Medición del ángulo subpúbico



Estadios del parto



Inducción del parto

- Dosis Inicial de 2mu/min

REGIMEN	DOSIS INICIAL (mU/min)	INCREMENTO (mU/min)	TIEMPO DE INTERVALO (min)	DOSIS MAXIMA (mU/min)
Dosis baja	0.5 a 2.0	1 a 2	15 a 60	20 a 40
Dosis altas	4 a 6	4 a 6	15 a 60	40 a ?

- 1000cc Solución Glucosada 5% + 5U de Oxitocina
- 15 gotas = 1ml = 5mu
- Dosis Inicial = 6 gotas/min = 2mu
- Dosis Máxima = 60 gotas/min = 20mu

Indicaciones

Inducción del parto

- Preeclampsia leve
- RPM
- Embarazo prolongado
- Alteraciones médicas DM, Enf. Renal
- Coriamnionitis

CONTRAIndicaciones Inducción del parto

- Placenta previa
- Situación transversa
- Más de una placenta previa
- PIC
- Sufrimiento fetal agudo

Test de BISHOP

Se emplea para decidir la posibilidad de inducir el parto
Expresa la maduración cervical en el inicio del parto

Parámetro	0	1	2	3
Dilatación	Cerrado	1-2 cm	3-4 cm	>4 cm
Longitud	P > 2cm M > 3cm	P = 1-2cm M = 3cm	P < 1cm M < 3cm	Borrado
Consistencia	Rígido	Maduro	Blando	—
Posición	Posterior	Central	Anterior	—
Encajamiento	Libre	Insinuada	Fija	Encajada

ALTURA UTERINA



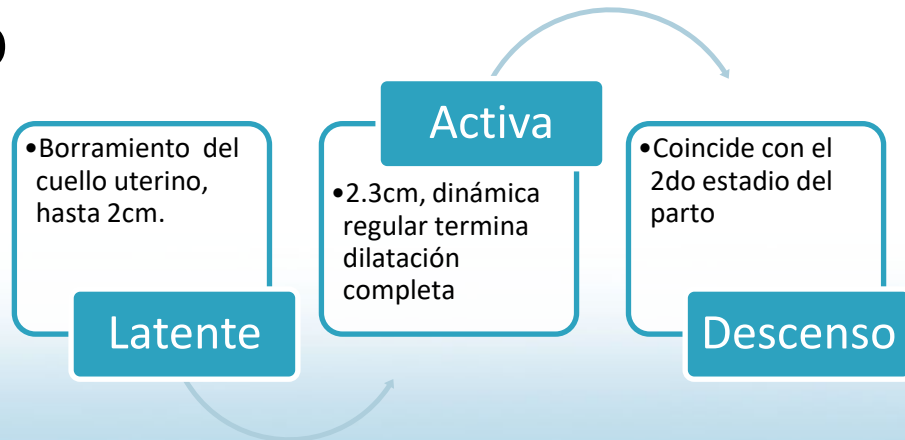
A partir del cuarto mes de embarazo, el útero debe medir aproximadamente 16 cm y luego aumentar 4 cm por mes hasta el séptimo mes. A partir de las 32 semanas de amenorrea (después del 7º mes), crece 0,5 cm por semana hasta llegar a término.

A los 4 meses: la media es de 16 cm.
A los 5 meses: la media es de 20 cm.
A los 6 meses: la media es de 24 cm.
A los 7 meses: la media es de 28 cm.
A los 8 meses: la media es de 30 cm.
A los 9 meses y hasta el término: la media es de 32-34 cm.

Dilatación

Inicio trabajo
de parto.

Dilatación
cervical
completa



Dilatación

➤ FASE LATENTE

- ❖ Inicio perceptible de las contracciones uterinas, pero escasas, poco intensas e irregulares.
- ❖ Borramiento y dilatación del cérvix (2-3 cm., centrado y blando).

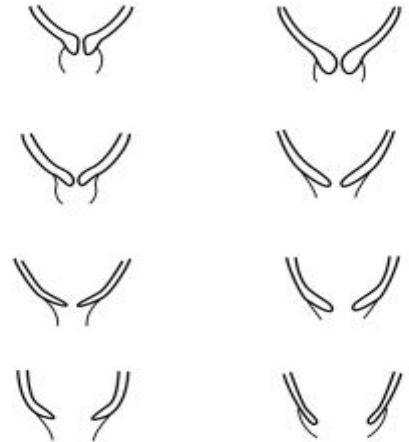


CUELLO SIN BORRAMIENTO NI
DILATACION



Borramiento

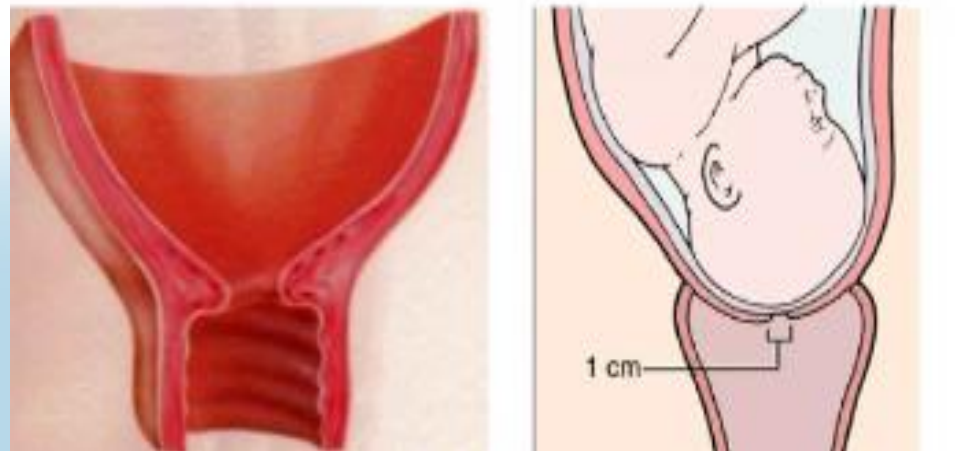
Por acción de las contracciones, se reduce la longitud del canal endocervical. Cuando el proceso se ha completado, se dice que el cuello está borrado. En la primigesta el cuello se borra antes de iniciar la dilatación y en la multípara son procesos simultáneos.



INICIO DE BORRAMIENTO

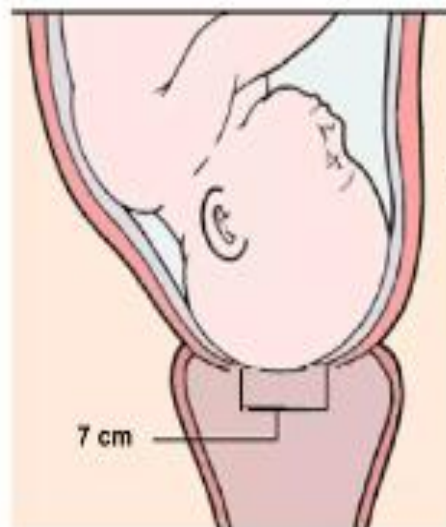
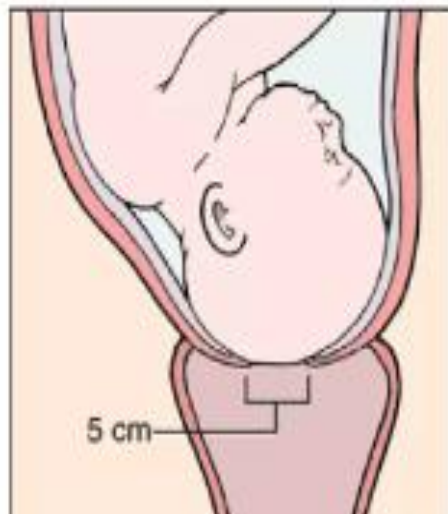


INICIO DE DILATACION

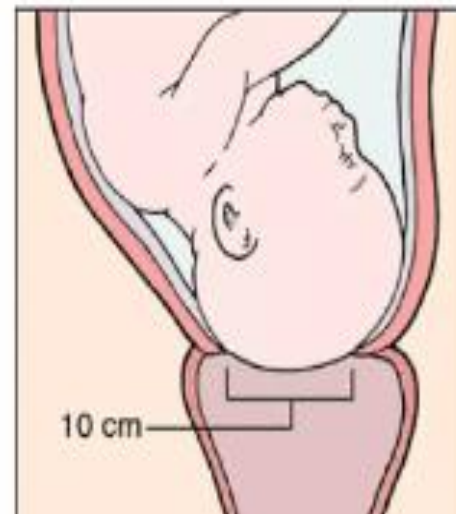


FASE DE MAXIMA VELOCIDAD

FASE DE ACELERACION



FASE DE DESACELERACION



Diagnostico del parto



El cérvix esta centrado en la pelvis, esta borrado mas del 50% y tiene 3/4cm de dilatación.

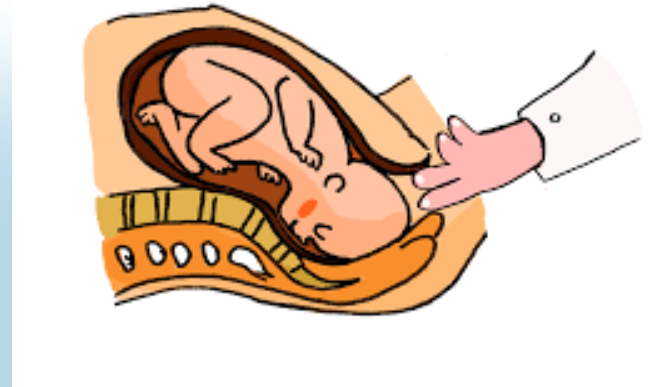


La actividad uterina es regular se producen al menos 2 / 3 contracciones de intensidad moderada en al menos 10 min

Características	TdP Verdadero	TdP Falso
Localización	Espalda y abdomen	Mayor en hipogastrio
Intensidad	Gradualmente aumenta	Se mantienen estables
Intervalo entre dolores	Regularmente se acortan	Se mantienen largos
Relación con deambulación	En general, > al caminar	No > al caminar
Efectos de la analgesia	La sedación no anula el dolor	La sedación puede anular el dolor
Cambios en el cérvix	Se acompañan de borramiento y dilatación progresivos	El cérvix permanece sin cambios

Tacto vaginal

Mediante la exploración vaginal y la valoración de la dinámica uterina, se determinará en qué fase del parto se encuentra la gestante.



<i>Signos y síntomas</i>	<i>Período del parto</i>	<i>Fase</i>
<i>Cuello uterino no dilatado.</i>	<i>Falso trabajo de parto</i>	<i>Pródromos</i>
<i>Cuello uterino dilatado <4 cm.</i>	<i>Primer período</i>	<i>Latente</i>
<i>Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación característica 1 cm/hora. Comienzo del descenso fetal.</i>	<i>Primer período</i>	<i>Activa</i>
<i>Cuello uterino dilatado totalmente (10 cm). Continúa el descenso fetal. No hay deseos de empujar.</i>	<i>Segundo período</i>	<i>Temprana (No expulsiva)</i>
<i>Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm). La parte fetal que presenta llega al piso de la pelvis. La mujer tiene deseos de empujar.</i>	<i>Segundo período</i>	<i>Avanzada (Expulsiva)</i>

Intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna y termina con el nacimiento del bebé.

EXPULSIVO

FASE
TEMPRANA O
NO EXPULSIVA

- La fase de dilatación se ha completado pero la px no tiene deseo de empujar.

FASE
AVANZADA O
EXPULSIVA

- La px tiene la sensación de pujo en cada contracción.

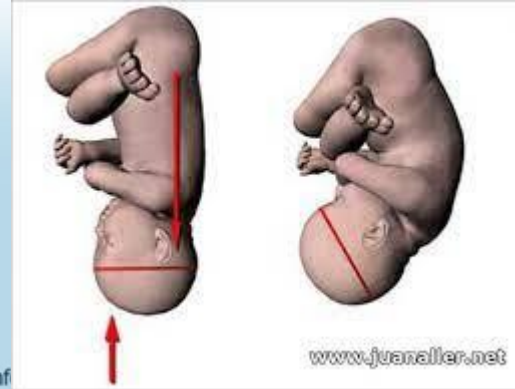


Movimientos Principales del parto

Encajamiento del
estrecho superior.



Descenso



Flexion

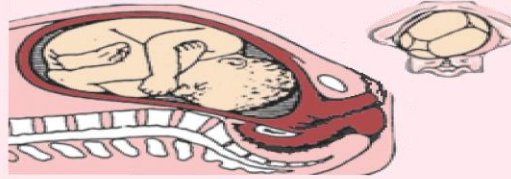
Rotacion Interna

Extension

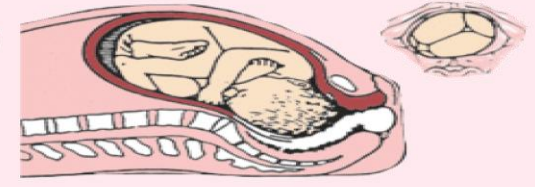
Rotacion Externa

Expulsion Fetal

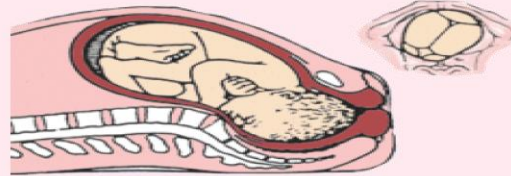
PROCESOS DEL ENCAJAMIENTO



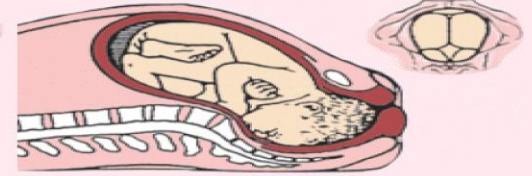
1. Cabeza flotando antes del nacimiento.



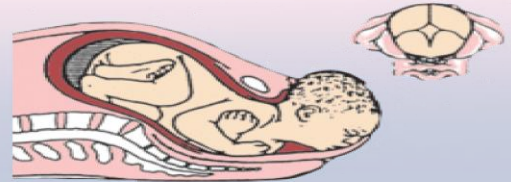
2. Descenso por flexión.



3. Más deciente de rotación interna.



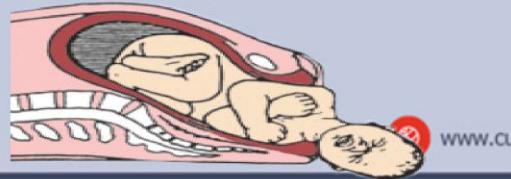
4. Completa, extensión de inicio de rotación.



5. Extensión completa.



6. Restitución rotación externa.



7. Del hombro.



8. La entrega de posterior del bebe.

Antagonista De oxitocina

ATOSIBAN- BORUSIBAN

6.7MG DOSIS INICIAL

6.75 MG-SOL 0.9 SOL INYECTABLE

300 MICRO XMIN X 3HORAS

HIPERTONIA UTERINA
MUERTE MATERNA Y FETAL
SUFRIMIENTO FETAL



Tabla 1: valores normales para cada una de las etapas del parto

	Etapas del parto		Tiempos esperados
Primera Etapa	Fase Latente	Nulipara	Hasta 20 hrs
		Multipara	Hasta 14 hrs
	Fase Activa	Dilatación Nulipara	1.2 cm/h
		Multipara	1.5 cm/h
	Descenso Nulipara	1 cm/h	
	Multipara	2 cm/h	
Segunda Etapa	Nulipara	90 minutos	
	Multipara	60 minutos	
Tercera Etapa	Nulipara	45 minutos	
	Multipara	30 minutos	

- **ASISTENCIA A LA EXPULSION FETAL**

- Protección del periné

- Pretende acomodar la curvatura y distensión del periné a la presentación y la salida lenta y progresiva de la misma para evitar desgarros. El orificio anal debe taparse con una gasa para evitar la contaminación del periné y de las manos del asistente. Se realiza con la mano menos diestra y provista de compresa.



- **Salida de la cabeza fetal.** Limpieza de las secreciones de boca y nariz. Se liberan o seccionan posibles circulares de cordón. Ayudar la rotación externa de la cabeza.
- **Extracción de los hombros,** traccionando desde la cabeza del feto primero hacia abajo y luego hacia arriba y eventual alumbramiento medicamentoso ante la salida del hombro anterior. A continuación sale el resto del feto en bloque.



Sección del cordón umbilical

Tras la expulsión fetal se pinza y secciona el cordón
10cm de extremo fetal



Episiotomía

- Tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de la vagina, anillo vulvar y perine para de esta manera acortar el expulsivo y evitar el desgarro.
- La episotomía se realiza en el acme de la contracción, cuando la presentación esta coronando.
- Indicaciones.
 - Perine poco elastico
 - Perine corto menor de 4.6cm anopubiano
 - Musculatura atrofica.



Episiotomía

Indicaciones fetales

- Preaturos
- Macrosomia
- Distocia de hombros
- Parto instrumental
- Presentacion podalica



Alumbramiento

La tercera fase del parto abarca desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y las membranas.

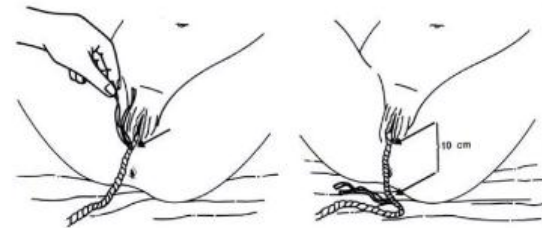
El proceso comienza con el nacimiento del recién nacido y la separación placentaria suele completarse en 5 minutos, pero la placenta puede retenerse en el útero más tiempo porque las membranas tardan más en desprenderse de la decidua subyacente

Manejo del Alumbramiento

Alargamiento de la porción visible de cordón umbilical.

Sangre de la vagina que significa la separación de la placenta.

Cambio en la forma del útero de discoide a globular.



signo de kustner

la presión suprapúbica no asciende el cordón si la placenta está desprendida



Para el manejo activo: se pueden administrar agentes uterotónicos, como la oxitocina, en el momento del parto del hombro anterior o después de la salida del feto (efecto 2-3 minutos tras administración).

Maniobra de Brandt-Andrews: la mano abdominal sujeta el fondo para evitar la inversión uterina y la otra ejerce una tracción sostenida hacia abajo sobre el cordón.



ALUMBRAMIENTO MANUAL. Cuando fallan los anteriores, es decir, cuando uno de ellos, alumbramiento espontaneo (mayor 30min) o el medicamentoso (mayor 20min). Se introduce la mano en el utero, bajo anestesia general o reginal y eventual esposmolisis, y se desprendela placenta con el borde cubital de la mano, extrayendola.

- Maniobra de Credé: el cordón es fijado con la mano inferior, mientras el fondo uterino es sujetado y traccionado hacia arriba utilizando la mano abdominal.



Actuación in situ

- Dos pinzas de Kocher estériles (para pinzar el cordón umbilical).
- - Una tijera estéril (para cortar el cordón umbilical).
- - Pinzas umbilicales.
- - Guantes y paños estériles.
- - Gasas y compresas estériles.
- - Sondas de aspiración neonatal: nº 8 y 10 (si necesitara aspiración).
- - Equipo de venoclisis.

Paso a Paso

- Apoyar y ayudar psicológicamente a la gestante y a su acompañante.
- - Recopilar datos imprescindibles de la historia obstétrica (partos anteriores, presentación, patologías, edad de gestación, etc.).
- - Procurar un ambiente limpio, seguro e íntimo.
- - Anticiparse preparando el material obstétrico mínimo necesario para la atención al parto y al recién nacido.
- - Facilitar una posición cómoda para la gestante de cara a la atención al parto. Si no es posible, favorecer las posiciones de semiflower o la de litotomía.
- - Usar guantes limpios (si es posible estériles) como medidas de seguridad universales.
- - Retirar la ropa de la zona genital.

- A medida que se divisa la calota fetal a través de la zona perineal o vulvar, favorecer el pujo espontáneo al ritmo de las contracciones maternas.
- Tras la salida de toda la calota fetal, frente, nariz, boca y barbilla, limpiar las secreciones con una compresa estéril, favoreciendo la salida de líquido amniótico pulmonar.

- Valorar la presencia de circular de cordón (por visión directa o tocando el cordón con el dedo en el cuello del bebé). Si presenta la circular, se libera pasando el cordón por delante de la cabeza; si no es posible liberarla, pinzar con dos pinzas de Kocher o dos pinzas de cordón y cortarla con tijeras (preferiblemente estéril).
- - Esperamos que rote la cabeza fetal hacia un lado u otro con la siguiente contracción.
- - A medida que avanza la cabeza del recién nacido, se sujeta suavemente con ambas manos , y se tracciona hacia abajo, permitiendo la salida del hombro por encima del pubis y después en sentido hacia arriba para facilitar la salida del hombro posterior y el resto del cuerpo.

- Demorar el corte del cordón umbilical hasta el cese del latido, siempre que tengamos tijeras estériles. Si no disponemos de material estéril, **NO CORTAR** el cordón (excepto, en caso de vuelta de cordón apretada). Si disponemos de pinza de cordón estéril, podemos clampar el cordón aunque no lo cortemos.
- - Si decidimos cortar el cordón, debemos pinzar con dos pinzas de Kocher estériles o dos pinzas de cordón umbilicales estériles, en dos puntos y cortamos entre ellos. La pinza cercana al ombligo de recién nacido no debe colocarse a menos de 4-5 cm de distancia de dicho ombligo (aproximadamente 4 dedos).
- - Si el alumbramiento transcurre de forma espontánea, se debe asistir de la siguiente forma: dejar salir la placenta a través de la vulva sin efectuar maniobras bruscas de tracción, sujetando la placenta con una compresa estéril y con movimientos circulares sobre sí misma y de tracción suave hacia el exterior sacamos la placenta.

Tabla. Tratamiento para prevenir la hemorragia postparto.

<i>Oxitocina (Syntocinon).</i>	<i>10 unidades IM (ampolla completa) ó 5 unidades IV en bolo lento.</i>
<i>Metilergometrina (Methergin).</i>	<i>0,25 mg IM (ampolla completa) ó 0,125 mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Previamente valorar Tensión Arterial, si mayor o igual 140/90 mmHg, descartar ya que aumenta TA.</i>
<i>Misoprostol (Cytotec).</i>	<i>A dosis de 800 mgc (4 pastillas) por vía rectal es un fármaco de mayor efectividad que la oxitocina.</i>



Tabla. Test de Apgar.

<i>Crterios</i>	<i>Valoración 0 puntos</i>	<i>Valoración 1 punto</i>	<i>Valoración 2 puntos</i>
<i>Movimientos respiratorios</i>	<i>Ninguno.</i>	<i>Superficiales, irregulares.</i>	<i>Buenos, llanto.</i>
<i>Pulso</i>	<i>Imperceptible.</i>	<i>Lento < 100</i>	<i>> 100</i>
<i>Tono basal, muscular</i>	<i>Bajo.</i>	<i>Flexiones escasas de las extremidades.</i>	<i>Movimientos activos.</i>
<i>Aspecto (color)</i>	<i>Azul, pálido.</i>	<i>Cuerpo rosa, extremidades azules.</i>	<i>Completamente rosa.</i>
<i>Estimulación de los reflejos</i>	<i>Ninguna reacción.</i>	<i>Mueca.</i>	<i>Tos o estornudo.</i>



