

PARTO NORMAL



Edwin Francisco Meneses Oviedo

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN



NOMENCLATURA

Parto: proceso fisiológico

Feto peso >500 g o gestación >22 sem, vivo o muerto es expulsado del organismo materno por vías naturales.

Parto operatorio: aplicación de forceps, vacuum extractor, version, etc)

Cesárea: el feto se extrae a través de una sección de las paredes abdominales y uterina (laparohisterotomía abdominal)

A. actitud fetal: relación que guardan entre sí las diferentes partes del feto.

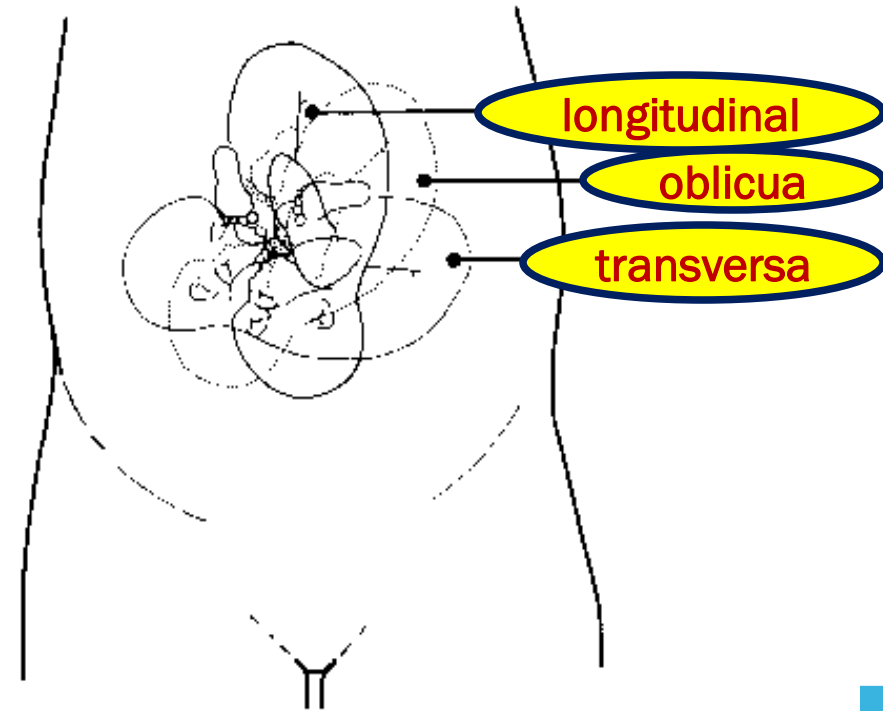
- completa flexión: cabeza flejada sobre el tórax, muslos sobre el abdomen, piernas sobre los muslos (DISTOCIAS).

B. situación fetal: relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. (eje del feto es igual al de la madre)

situación transversa: eje mayor del feto es perpendicular con respecto al materno.

Parte fetal que se presenta es el acromion
(presentacion de hombro - es distócica)

Situación oblicua: eje mayor del feto es oblicuo con respecto al materno.



Situación

C. presentación fetal: polo del feto que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis. ocupa su área totalmente y sigue el parto.

Cefálica y podálica

D. Modalidad de la presentación: variante que ofrece la presentación de acuerdo a la actitud fetal (se determina identificando el punto de reparo).

Presentación cefálica



Presentación de nalgas



La presentación de parto es la posición de la parte del feto que aparece primero (cabeza, pies, etc.) a medida que éste baja por el canal del parto

ADAM.

Presentación trasera franca



Presentación trasera completa

Presentación trasera incompleta

Presentación trasera franca

ADAM.

TIPOS DE PRESENTACIONES CEFÁLICAS SEGUN EL GRADO DE FLEXION Ó EXTENSIÓN



VERTICE



SINCIPUCIO O BREGMA

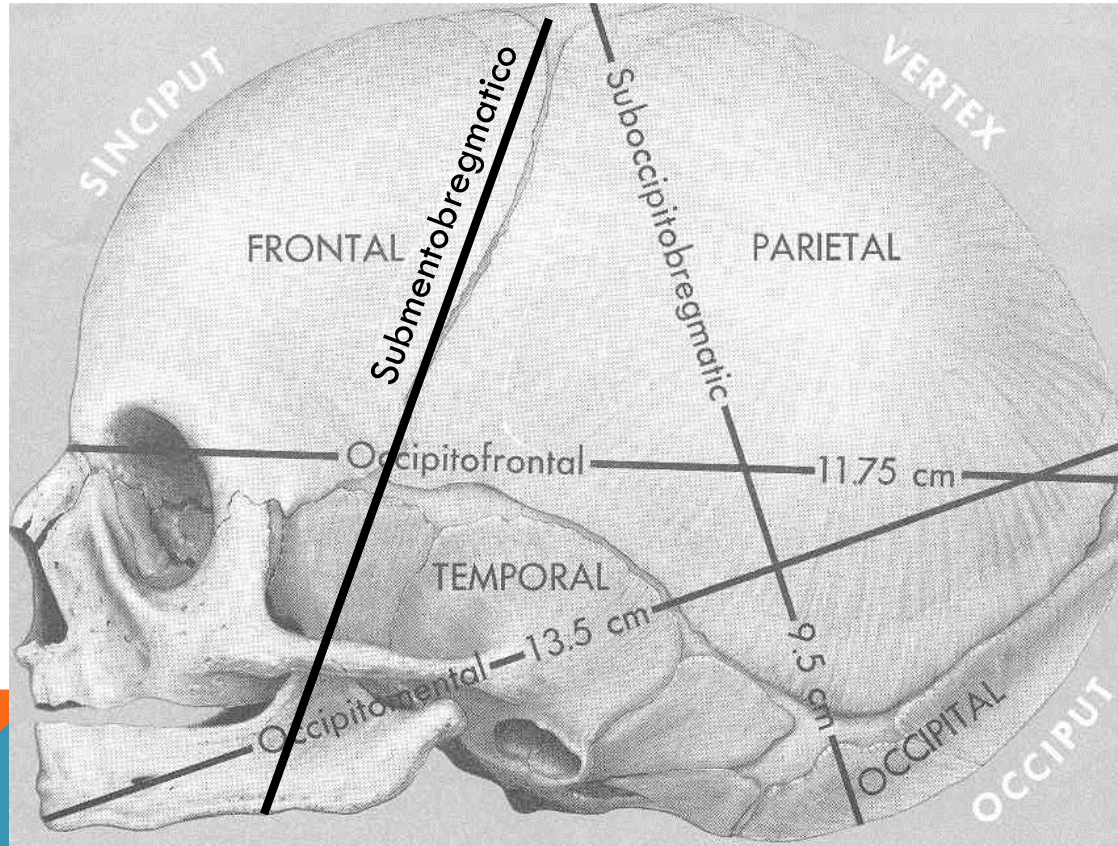


FRENTE



CARA

DIAMETRO DE LA PRESENTACION CEFALICA



MODALIDADES EN PRESENTACIÓN CEFALICA:

1. Vértice: cabeza completamente flejada

punto de reparo: fontanela menor (occipucio). “0”

Diámetro de encajamiento de presentación: es el subcoocipito-bregmatico (9,5 cm)

2. Sincipucio o bregma: cabeza parcialmente flejada

punto de reparo: bregma “B” (angulo anterior de la fontanela mayor.

Esta modalidad es gnrlmnte transitoria, el feto se puede flejar ó deflejar mas durante el trabajo de parto.

Diametro de encajamiento: occipito-frontal (12 cm)

3. Frente: hay una mayor deflexion de la cabeza en comparacion con la modalidad bregma,

punto de reparo: punto medio de la sutura frontonasal (se conoce como nasion “N”)

Diámetro de encajamiento: occipito-mentoniano (1,5 cm)

4. cara: cabeza completamente deflejada (extendida).

punto de reparo: mentón (M)

Diámetro de encajamiento: submento-bregmatico (9,5 cm).

En variedades de posiciones anteriores la modalidad de cara puede ocurrir en el nacimiento por *vía vaginal*.

En caso de presentacion de pelvis o podalica se considera modalidad completa, actitud fetal e incompleta, cuando se pierde la actitud fetal.

Punto de reparto de presentacion podalica: sacro (S)

CAUSAS PRESENTACIÓN PODÁLICA:

Etiología desconocida (mayoría).

Causas Maternas:

- ❖ Multiparidad.
- ❖ Estrechez pelviana.
- ❖ Tumores Previos.
- ❖ Malformaciones Uterinas (bicornes, septados).

Causas Fetales:

- ❖ Hidrocefalia.
- ❖ Anencefalia.
- ❖ Feto Prematuro.
- ❖ Tumores Cervicales Fetal (Higroma Quístico).

Causas Ovulares:

- Placenta Previa.
- Embarazo Gemelar
- PHA
- ❖ OHA

MODALIDADES EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA:

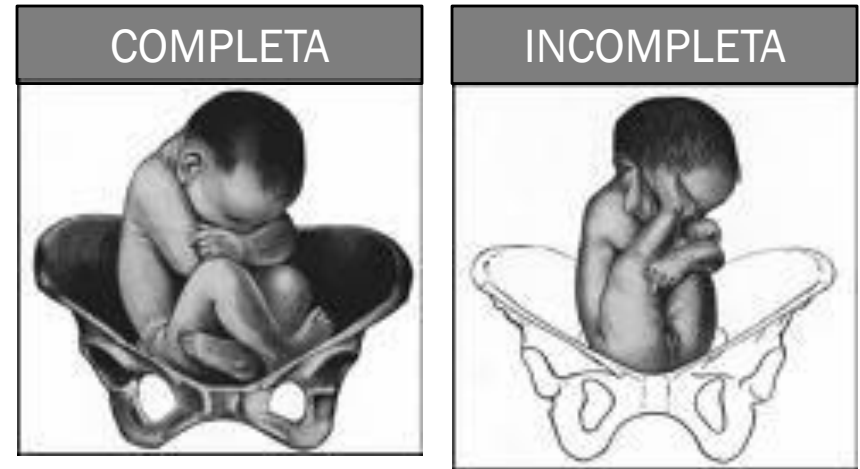
En caso de presentación de pelvis o podalica

modalidad completa: se conserva actitud fetal

modalidad incompleta: perdida de la actitud fetal.

Punto de reparto: sacro (S)

Diámetro de encajamiento: bitrocantereo (9,5 cm)



En presentación de pelvis incorrecta puede ocurrir:

- flexión de muslos sobre caderas con extensión de piernas (modalidad de nalgas o pelvis franca)
- Extensión de muslos y piernas (modalidad de pies)
- En situación transversa donde se presenta el hombro el punto de reparo es el acromion (Acr)

E. Posición: relación que existe entre el punto de reparo de la presentación y la mitad izq. y der. de la pelvis materna.

Solo existen 2 posiciones: izq. y der.

F. Variedad de posición: relación que guarda el punto de reparo de la presentación con los extremos de cada uno de los diametros de la pelvis materna.

Modalidad de vértice —existe las sgtes variedades de

OP: occipito publica
OIA: occipito izquierda anterior (45°)
OTI: occipito transversa izquierda (90°)
OIP: occipito izquierdo posterior (135°)
OS: occipito sacro (180°)
ODP: occipito derecho posterior
OTD: occipito transverso derecho

La misma nomenclatura se usa para las variedades de posición de las demás modalidades de la presentación (podálica)
SIA: sacro izquierdo anterior
SIT: sacro izquierdo transverso
SIP: sacro izquierdo posterior

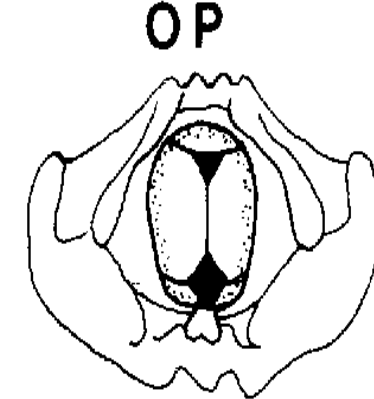
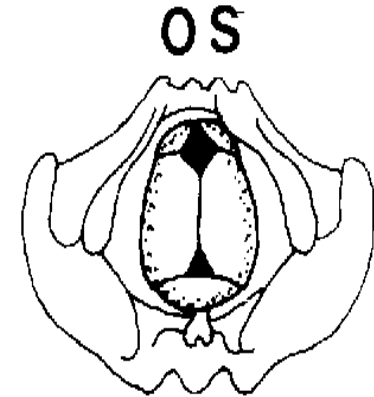
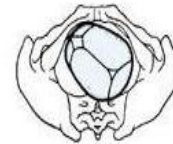


Figura 19-6. Representación esquemática de las diversas posiciones de la presentación de vértice. OIIA: Occipito-ílfaca-izquierda-anterior; OITI: Occipito-ílfaca-transversa-izquierda; OIIP: Occipito-ílfaca-izquierda-posterior; OS: Occipito-sacra; OIDA: Occipito-ílfaca-derecha-anterior; OITD: Occipito-ílfaca-transversa-derecha; OIDP: Occipito-ílfaca-derecha-posterior; OP: Occipito-púbica.

VARIEDAD DE POSICIÓN DE LA MODALIDAD DE VÉRTICE



A

B

B

A

VARIEDADES DE POSICION DE LAS PRESENTACIONES PELVICAS



SIA



SIT



SIP



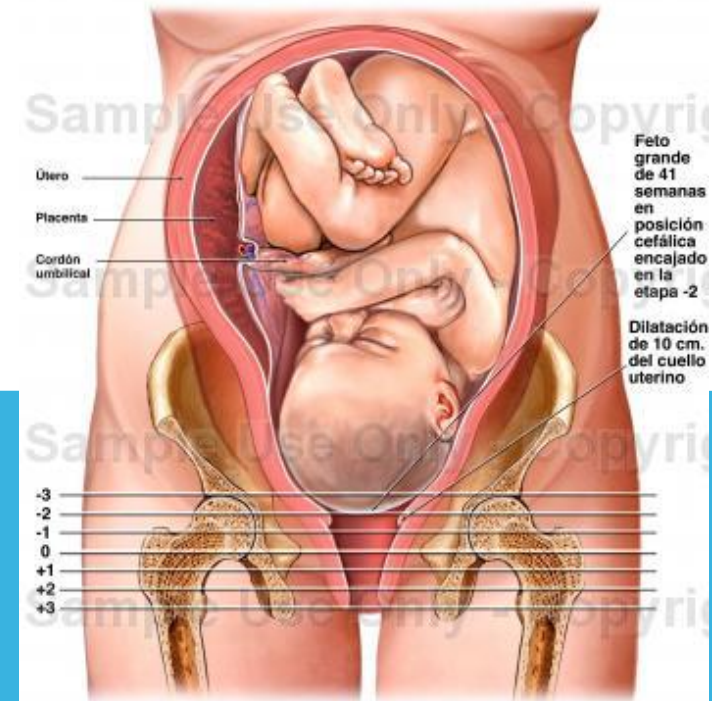
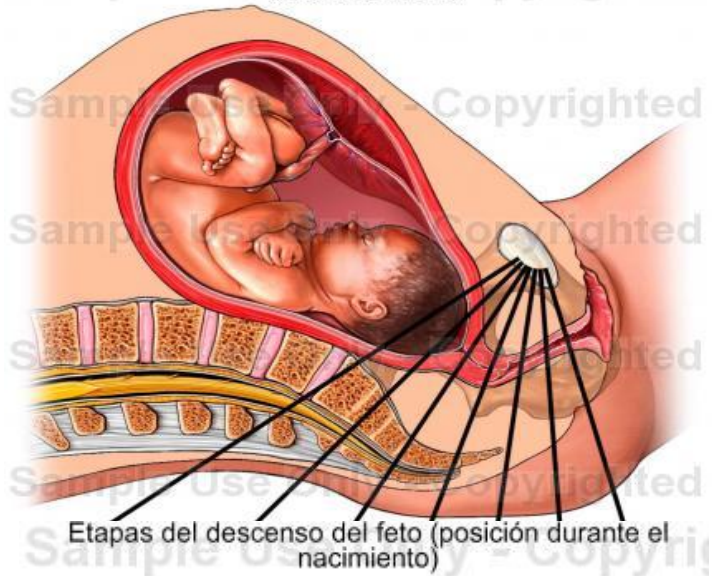
G. Estación: relación que existe entre el mas avanzado de la presentación y un plano imaginario que pasa a la altura de las espinas ciáticas.

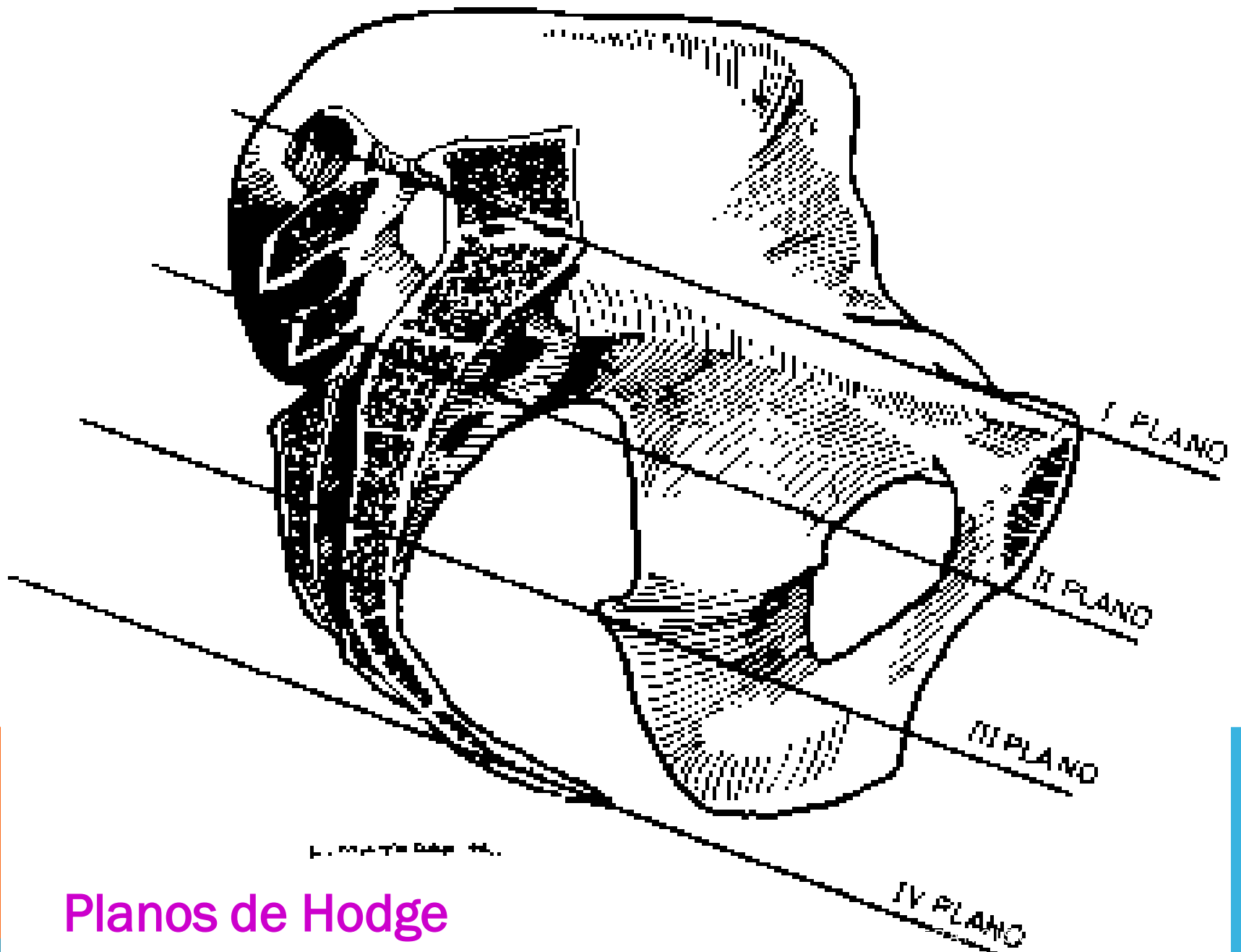
Planos de LEE

Cero: punto de reparo se encuentra a la altura de las espinas.

por encima (-) o por debajo (+) la E se expresa en cm

Tambien se la define con los planos de Hodge





Planos de Hodge

H. Encajamiento: ocurre cuando el plano correspondiente al diámetro que se presenta ha sobrepasado el estrecho superior de la pelvis.

El punto mas declive de la presentación se encuentra a nivel de las espinas ciáticas.

I. Sinclitismo: sutura sagital del feto se encuentra equidistante del pubis y del sacro materno

J. Asinclitismo: la sutura sagital no se encuentra equidistante del pubis y del sacro.

Causa: cuando no hay flexion lateral de la cabeza fetal, su persistencia alteran la evolucion del parto.

- Asinclitismo anterior: la sutura sagital esta mas cerca del sacro y se presenta mas el parietal anterior.
- Asinclitismo posterior: la sutura sagital se encuentra mas cerca del pubis y se presenta mas el parietal posterior.

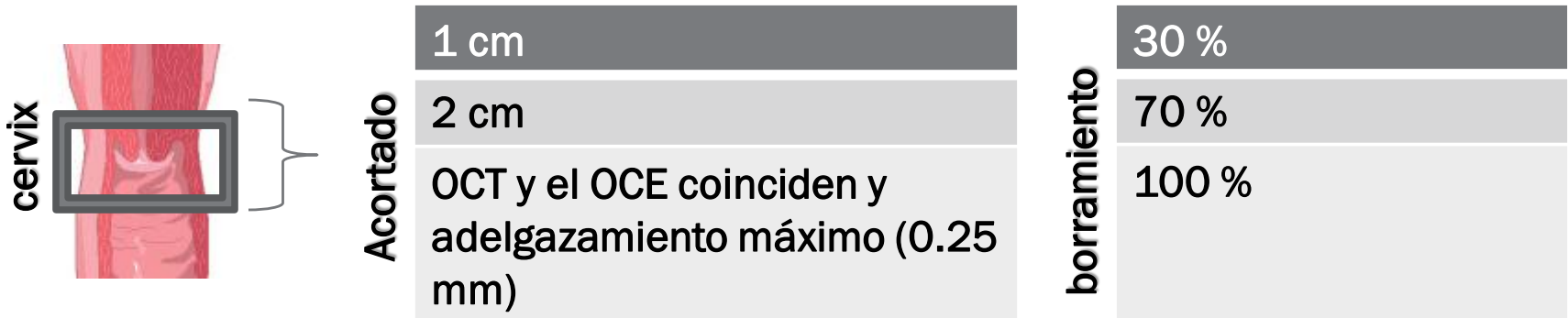


SINCLITISMO



ASINCLITISMO

K. Borramiento: es una consecuencia de las contracciones, consiste en una reduccion de la longitud y el grosos del cervix, se describe en %.



Longitud cérvix (3cm); OCT: orificio cervical interno; OCE: orificio cervical externo

Contracciones uterinas en trabajo de parto



L. Dilatación: normalmente cérvix se encuentra cerrado, podemos encontrar una apertura progresiva hasta el límite de 10 cm de diámetro. Se determina en cm.



Permite el paso de la presentación

Nota: el proceso de borramiento en la primigestante precede a la dilatación y en la multipara el proceso es simultaneo.

TRABAJO DE PARTO

Definición: “Conjunto de fenómenos fisiológicos cuyo objetivo es la expulsión de un feto viable”

Determinismo del Parto:

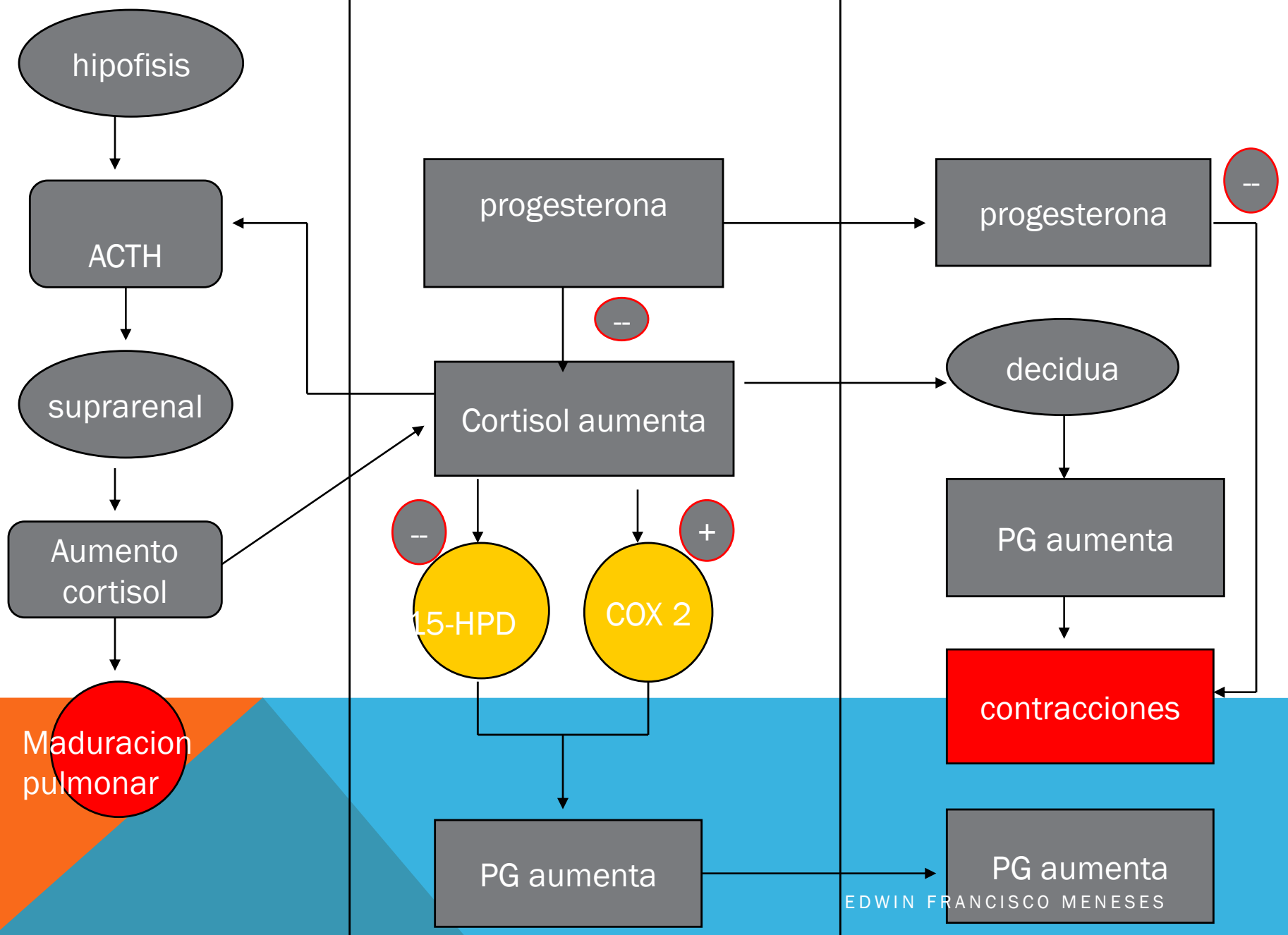
Teorías/Evidencia:

- ⊙ del cortisol en el L.A. hacia el final de Gestación.
- ⊙ Liberación del sistema de inhibición de la síntesis de Progesterona en la decidua y membranas fetales.
- ⊙ **Exitabilidad Uterina** x:
 - > Ocitocina ↑
 - Prostaglandinas
 - Endotelina – 1
 - Factor Activador de Plaquetas (FAP)

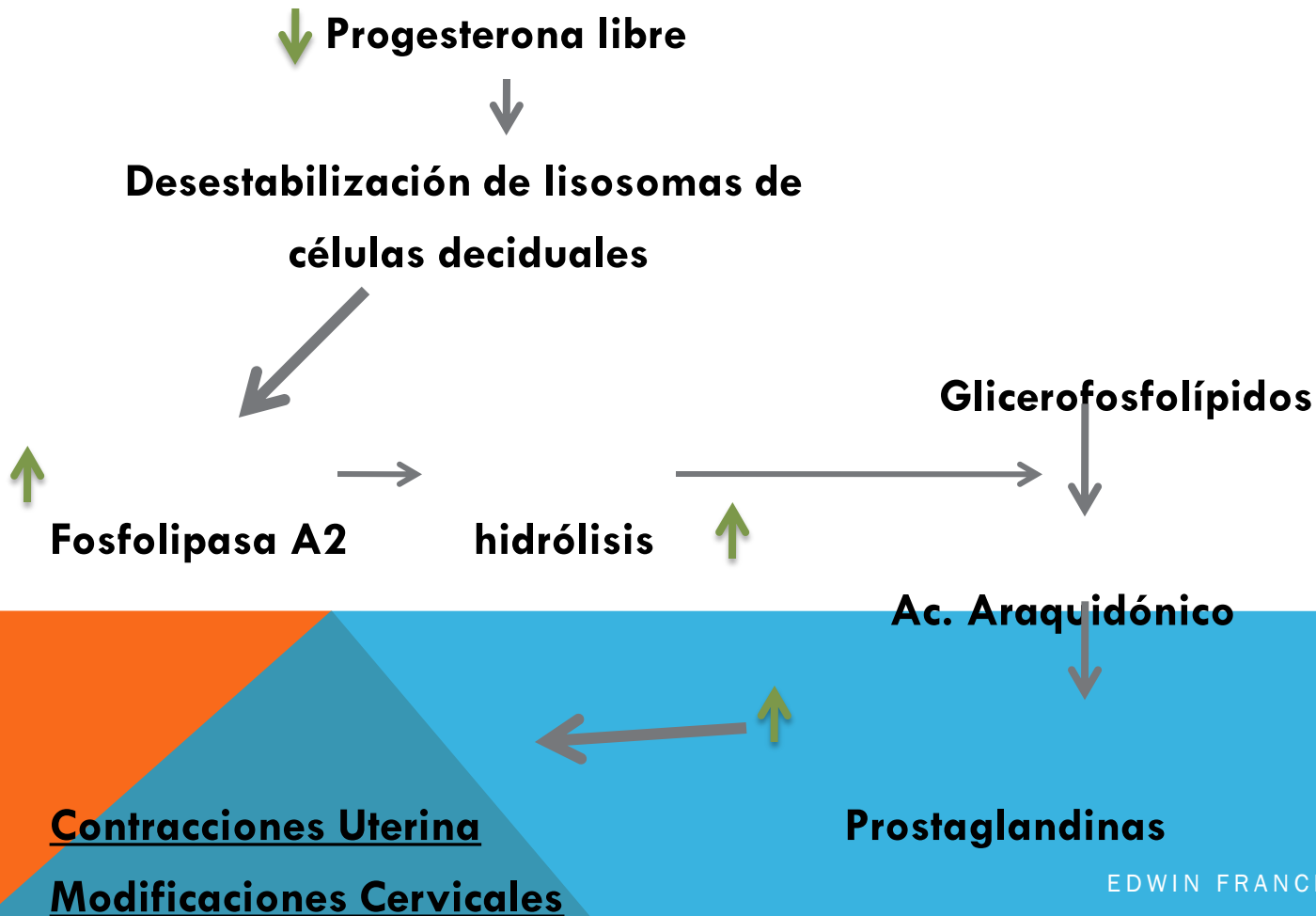
Compartimento Fetal

Compartimento Placentario

Compartimento Materno



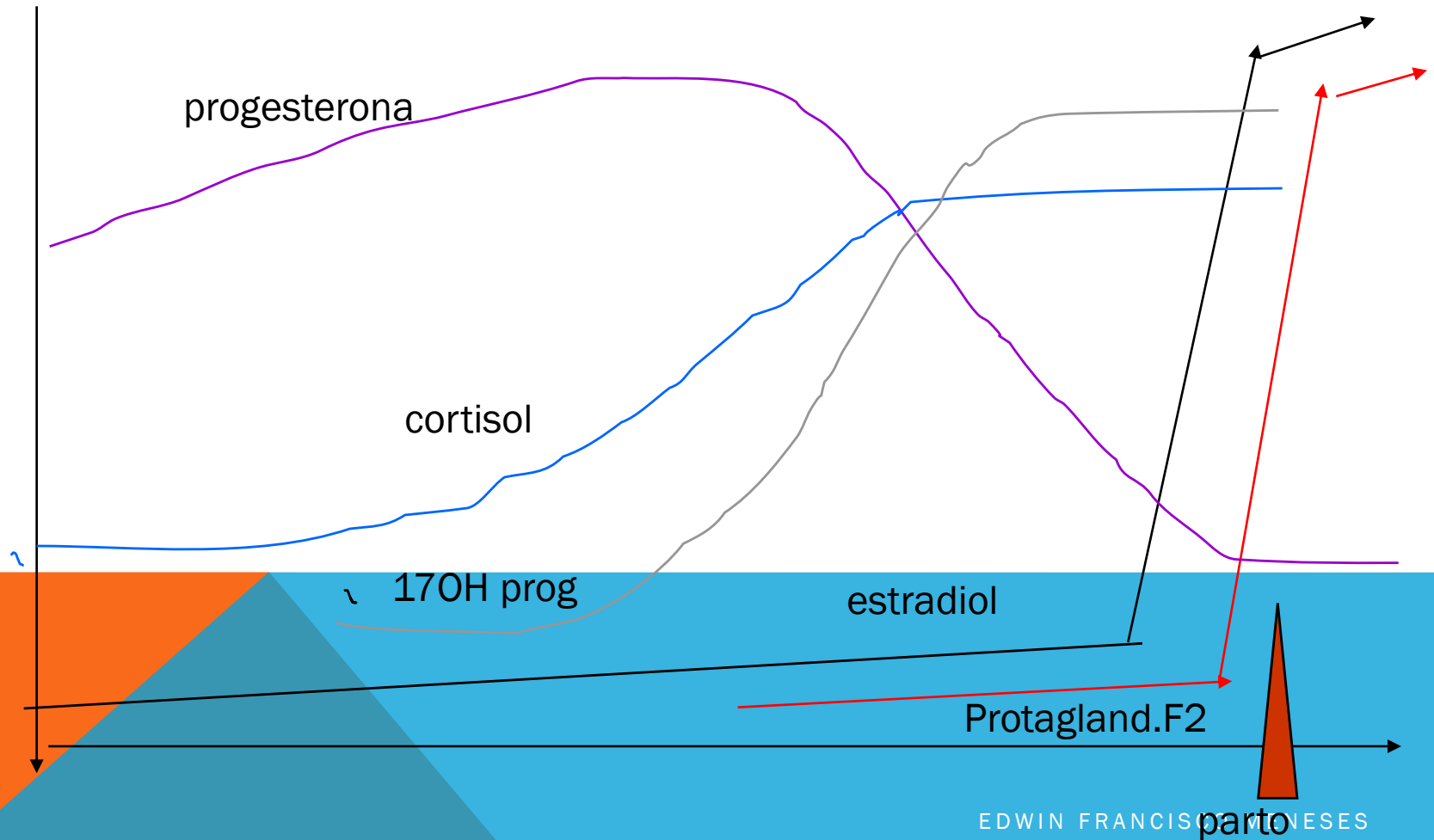
DETERMINISMO DEL PARTO



El mecanismo exacto que inicia la síntesis de **prostaglandinas**, presumiblemente por activación de la **fosfolipasa A2**, es desconocido.

La inducción de una enzima placentaria por el **cortisol fetal** determina una disminución de la progesterona, aumento de estrógenos y de PGE2.

DETERMINISMO DEL PARTO



PERIODOS Y FASES DEL PERIODO DE PARTO

Franco trabajo de parto
paciente que presenta:

- 3 contracciones en 10 min
- duración > de 35 seg
- Intensidad > 35 mmHg

SE CONSIDERAN 3 PERIODOS:

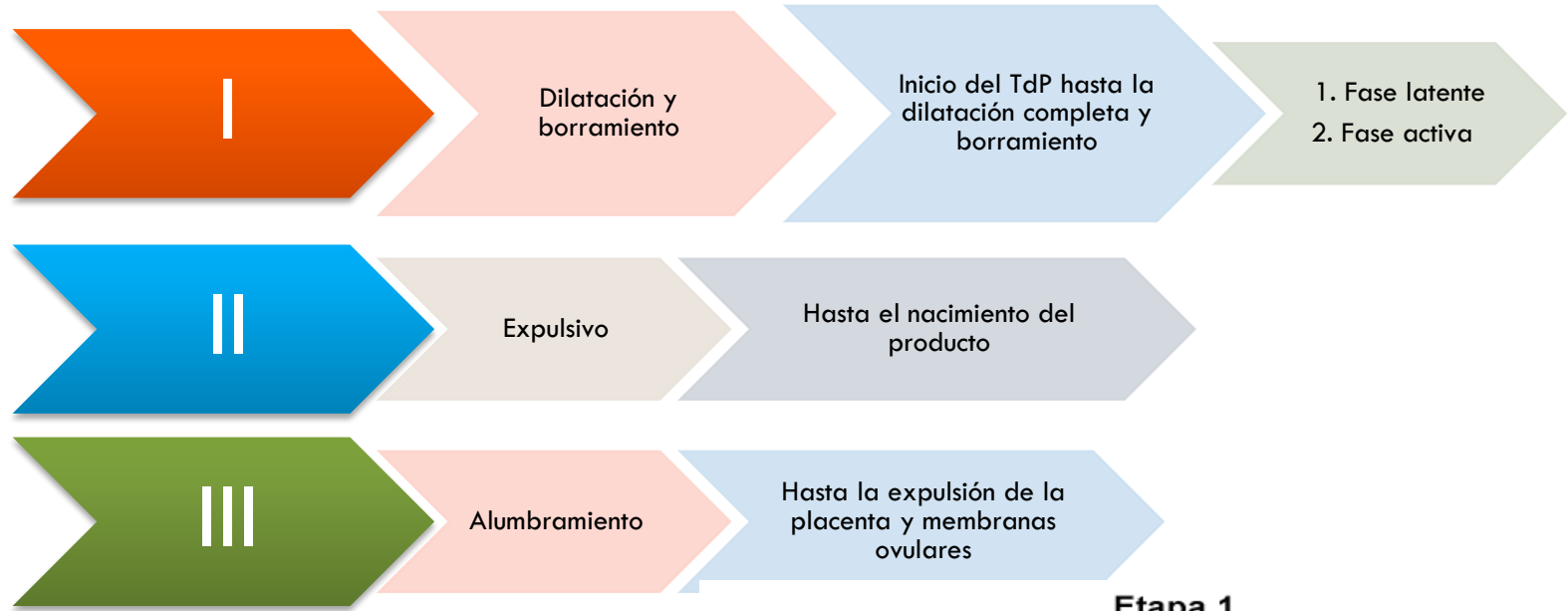
1. periodo de dilatación y borramiento
2. periodo expulsivo
3. periodo de alumbramiento



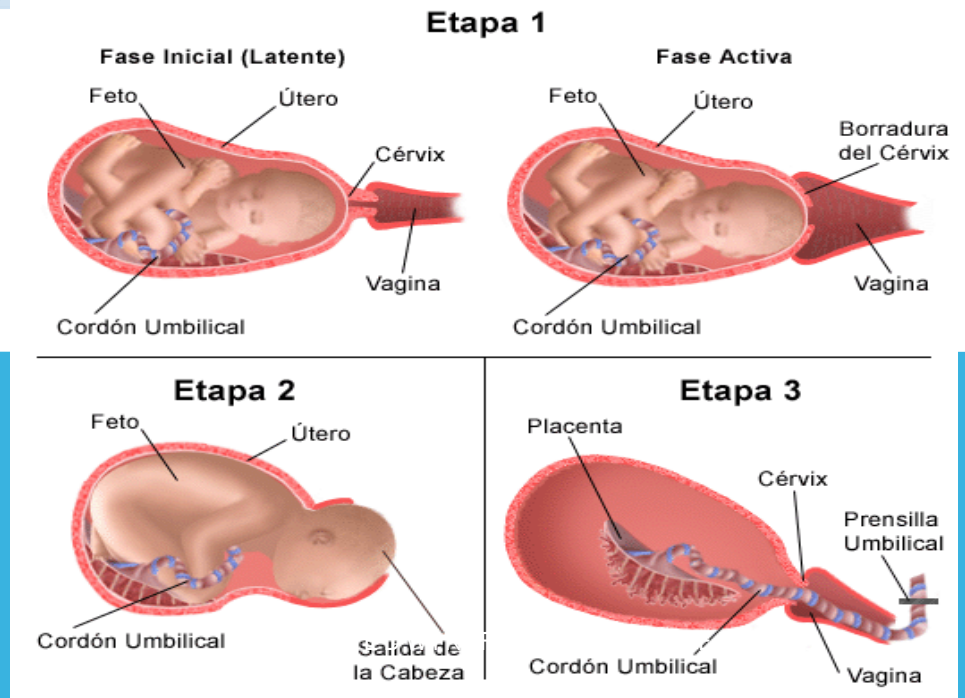
**Dilatación y
borramiento
cervicales**



1. Fase latente
2. Fase activa



Fase latente: desde el inicio de trabajo franco de parto hasta una dilatación de cervical de 4 cm.
Fase activa: desde una dilatación de 4 cm hasta el borramiento y la dilatación completa.....periodo expulsivo



FACTORES QUE DETERMINAN EL CURSO DE TRABAJO DE PARTO

- A. canal pélvico
- B. dinámica uterina
- C. El feto
- D. Contracciones de los músculos de la pared abdominal.

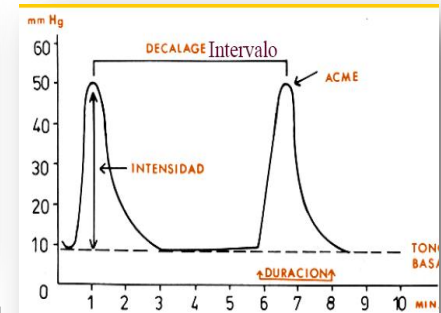
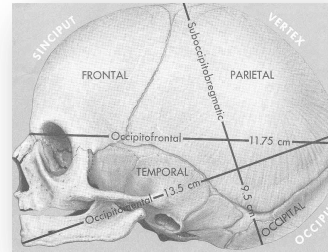
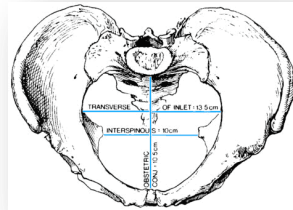
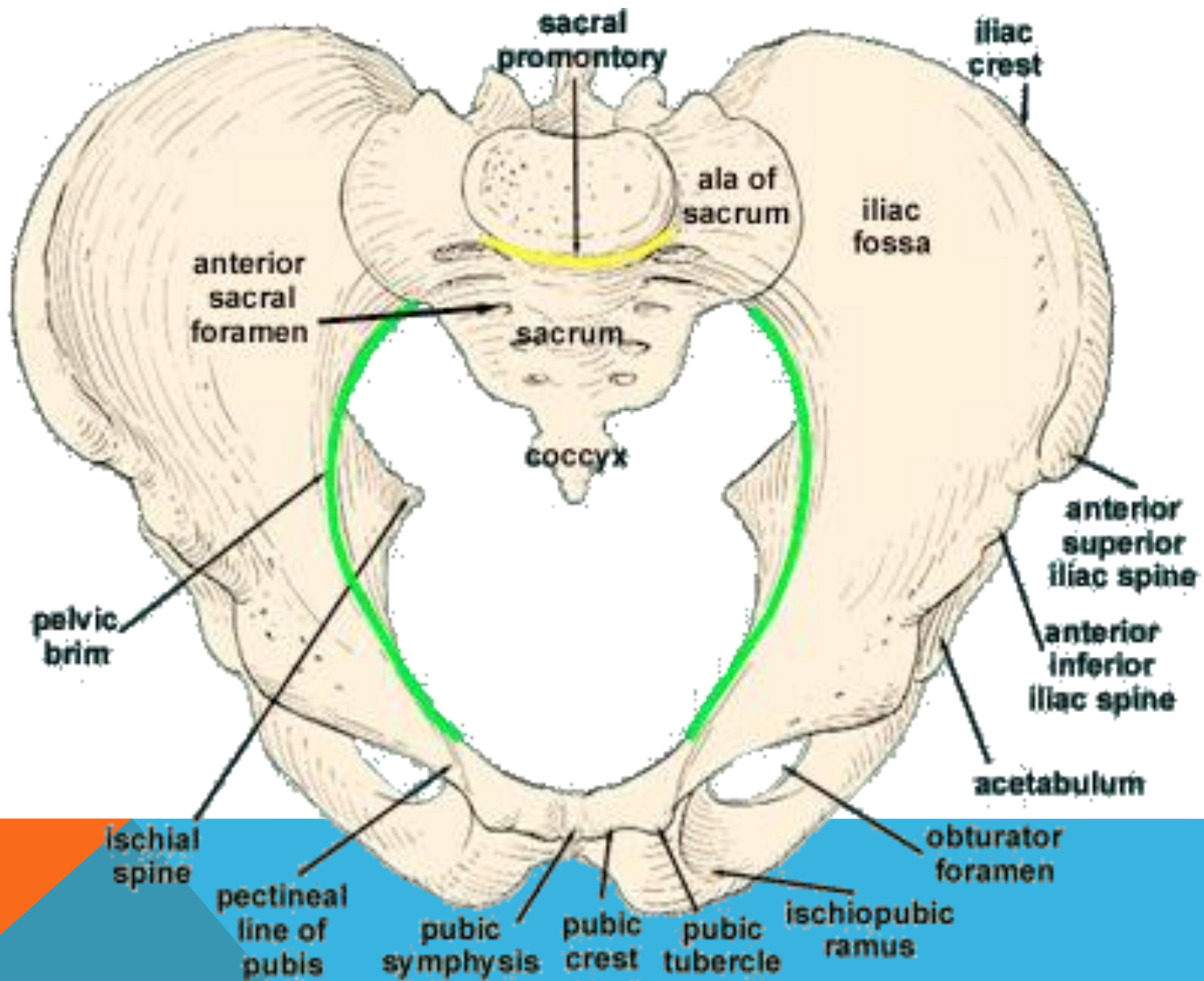
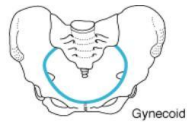


Figura 17-2. Esquema de la contracción uterina en la que señala las variables que se utilizan para su medición.

A. CANAL PÉLVICO

- Constituido por la pelvis ósea y los tejidos blandos.
- Encontramos 4 tipos: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide.
- La mayoría son mixtas: segmento anterior corresponde a un tipo y el posterior a otro.
- PELVIS:
 1. Un estrecho superior
 2. Un estrecho medio
 3. Un estrecho inferior

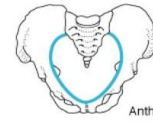




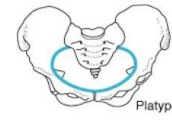
Gynecoid



Android



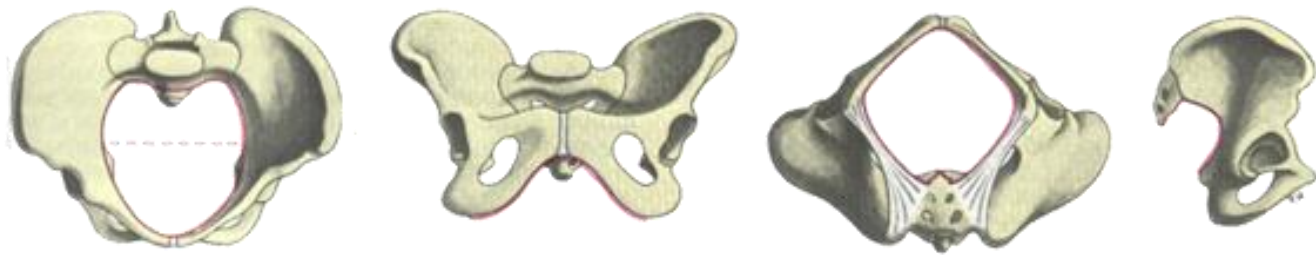
Anthropoid



Platypeloid



	GINECOIDE	ANDROIDE	ANTROPOIDE	PLATPELOIDE
D. transverso mas amplio del estrecho sup.	12.0 cm	12.0 cm	< 12.0 cm	12.0 cm
D. anteroposterior del estrecho sup.	11.0 cm	11.0 cm	> 12.0 cm	10.0 cm
Paredes laterales	rectas	convergentes	estrechas	amplias
Pelvis anterior	amplia	estrecha	divergente	recta
Escotadura sacrociatica	media	estrecha	Hacia atrás	Hacia adelante
Inclinación del sacro	media	Adelante (menor de 1/3)	amplia	Estrecha
Espinas ciáticas	No prominentes	prominentes	No prominentes	No prominentes
Arco subpúbico	amplio	estrecho	medio	Amplio
D. transverso del estrecho inf.	10.0 cm	< 10.0 cm	10.0 cm	10. 0 cm
Estructura ósea	media	solida	media	media



A. ANTROPOIDE



B. ANDROIDE



C. GINECOIDE

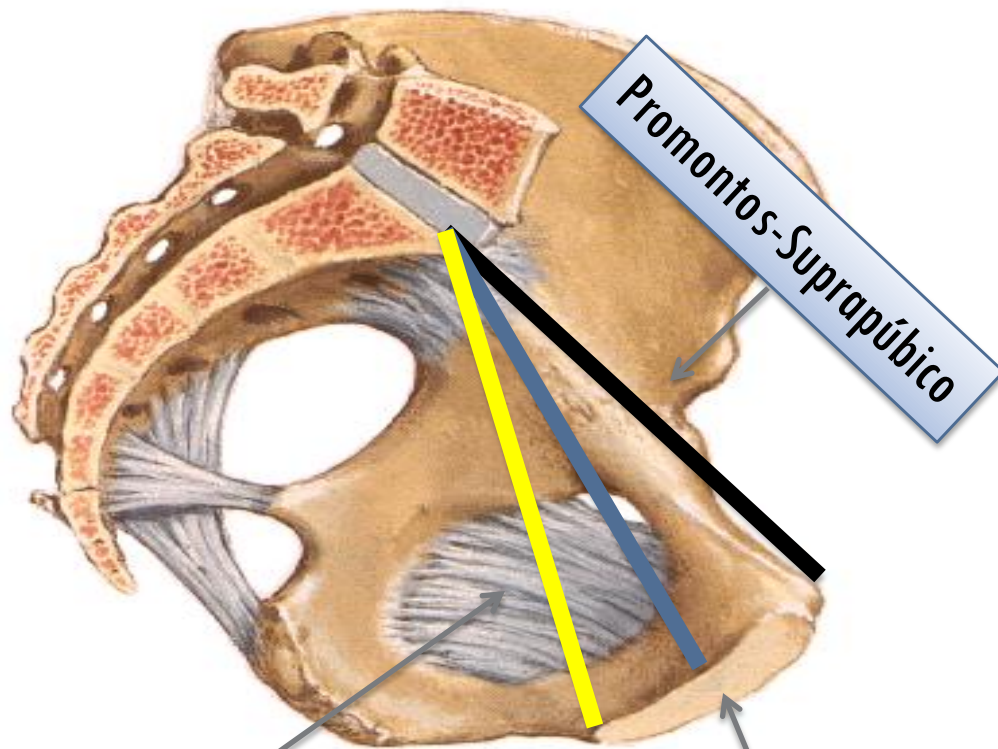


D. PLATIPELOIDE

1. DIAMETROS DEL ESTRECHO SUPERIOR

- ❏ Diámetro conjugado diagonal o promontorio sub-púbico (12 a 12,5 cm): borde inferior de la sínfisis y el promontorio.
- ❏ D. conjugado anatómico o promonto-suprapúbico (11 cm): desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.
- ❏ D. conjugado obstétrico, verdadero o promonto-retropúbico (10.5 cm): desde el promontorio
- ❏ D. transverso (13.5 cm): reprsnt mayor distancia entre las líneas innominadas.
- ❏ D. transverso útil (o medio) (12.5 a 13 cm): equidistante entre la sínfisis púbica y el promontorio (utiliza la presentación fetal para su descenso)
- ❏ Diametros oblicuos (12 cm): desde eminencia ileopectinea a la articulación sacro iliaca del lado opuesto. Puedes ser

Nota: se determina restándole al D. conj. diag. ó promonto-subpúbico el diámetro más saliente de donde parta

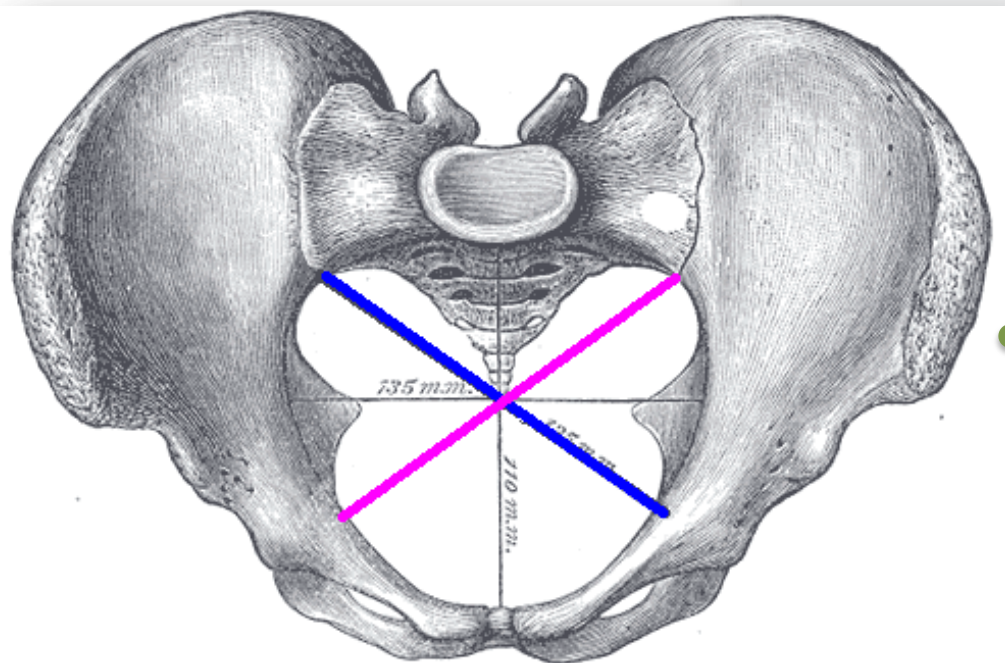
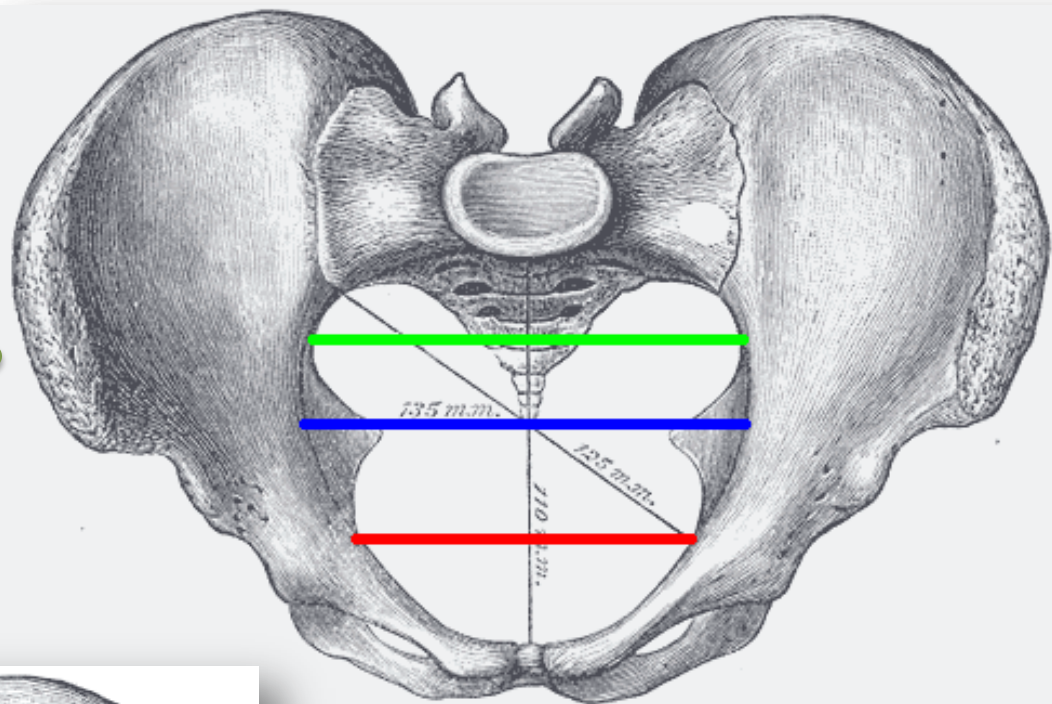


Promontos-Suprapúbico

Promonto-Subpúbico

Promonto-Retropúbico

D. TRANSVERSOS

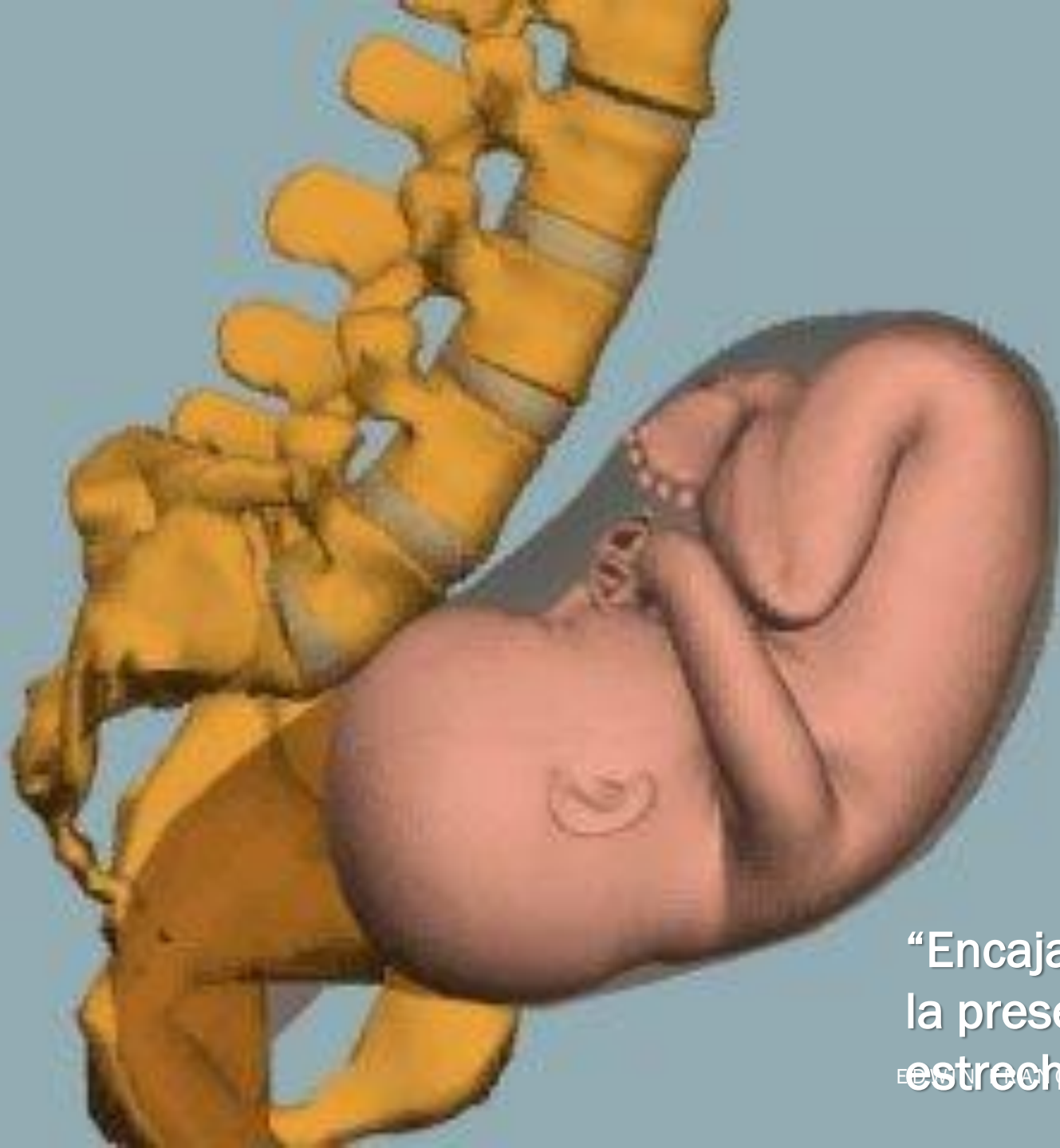


D. OBLICUOS



“Acomodación” de
la presentación al
“Estrecho Superior”

EDWIN FRANCISCO MENESES



“Encajamiento” de
la presentación al
estrecho superior.

2. DIAMETRO DEL ESTRECHO MEDIO

Limitada, adelante; borde inf. de la sínfisis púbica, lados; espinas ciáticas, atrás; sacro S3 Y S4 (vertebras). Es el mas estrecho de la pelvis.

D. transverso – interespinoso (10 cm): entre espinas ciáticas. Es el mas importante del plano medio.

D. anteroposterior (11.5 cm):

Promonto-suprapúbico o Conjugada Anatómica: (11 cm)

Promonto-subpúbico o Conjugada Diagonal o Conjugada Obstétrica:
(12 cm)

Promonto-retropúbico o Conjugada Vera: (10.5 cm)

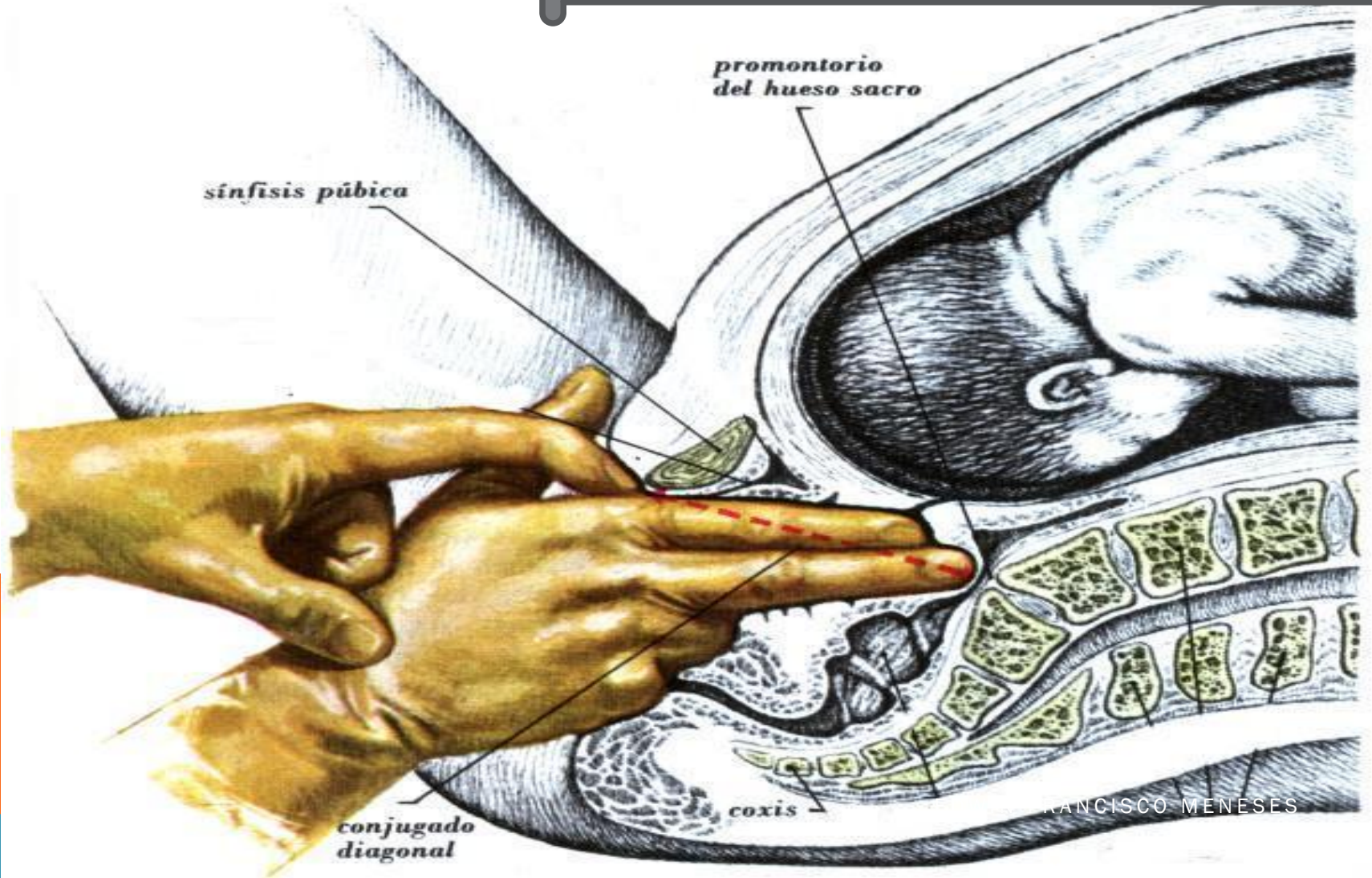
(promonto-subpúbico – 1.5 cm)

Sacro-pubiano: (12 cm)

Coxo-Pubiano: (variable) (9-11 cm)

Medición de la Conjugada Vera a partir de la Conjugada Diagonal

Conjugada Vera = Conjugada diagonal - 10.5 cm



3. DIAMETROS DEL ESTRECHO INFERIOR

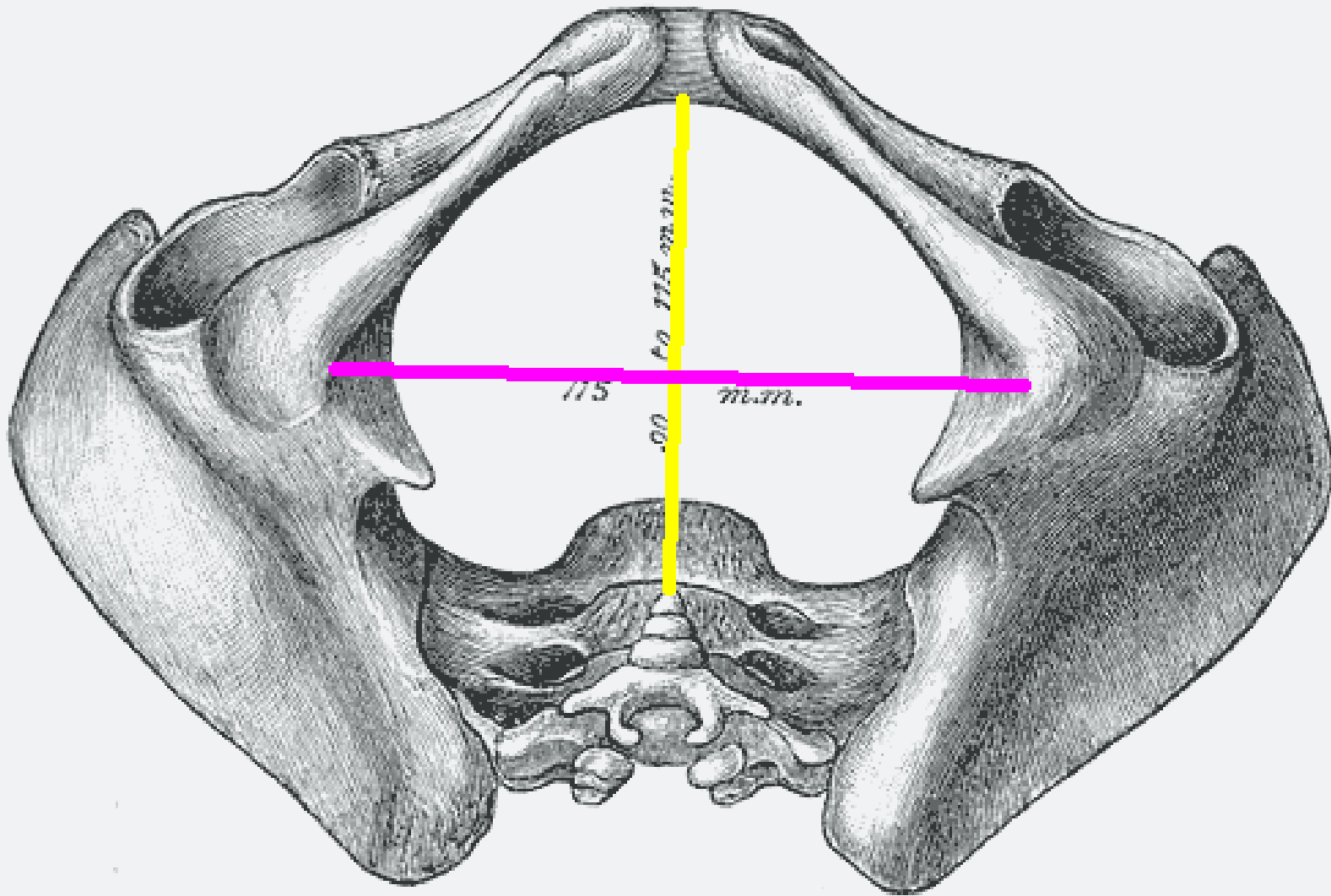
Limitado adelante; arco subpubico, lados; bordes inferiores de los lig. Sacrociaticos y tuberosidades isquiaticas, atrás; punta del sacro (no del coxis).

Diámetro anteroposterior (11 cm): desde el borde inf. Del pubis hasta la punta del sacro.

Diámetro transversal ó Bi-isquiático (10.5 cm):
une las caras internas de ambas tub.

Isquiaticas

El eje del estrecho superior y la del estrecho inferior forman un ángulo de 110° :
“codo del canal del parto” o “Curvatura de Larus”



Diámetros del Estrecho Inferior (vista inferior)

Diámetro Coxo-Subpubiano: 11 cm.

Diámetro Bi-Isquiático: 10.5 cm.

SOSPECHAR REDUCCIÓN DE PELVIS SI SE ENCUENTRA:

1. Diámetro conjugado o promonto-subpubico menor de 12 cm.
2. Diámetro interespinoso menor de 9 cm o espinas ciáticas muy prominentes.
3. Diámetro bisquiatico menor de 8 cm.
4. Paredes laterales de la pelvis convergente.
5. Inclinação del sacro hacia adelante.
6. Angulo subpúbico estrecho (menor de 90°).

B. DINÁMICA UTERINA

Al final del embarazo se presentan contracciones leves e irregulares que inician borramiento y dilatación del cuello uterino.

3 días previos al TdP se produce:

Inicio del t		BORRAMIENTO	DILATACION	
- contracci	PRIMIPARA	70%	1.8 cm	ación.
Contraccio 25 a 5	MULTIPARA	60%	2.2 cm	progresiva de

❖ “Triple Gradiente Descendente”

Normalmente una onda de contracción se origina en los marcapasos (fondo uterino).

De mayor intensidad en el fondo.

Se propaga hacia el segmento.

❑ ALTERACION EN LA FRECUENCIA DE CONTRACCIONES FC

Bradisistolia: disminución en la FC.

Taquisistolia: aumento en la FC.

❑ ALTERACION EN LA INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES IC:

Hiposistolia: disminución en la IC.

Hipersistolia: aumento en la IC.

TONO: presión intrauterina en reposo entre las contracciones
10 mms de Hg

Hipertonía: aumento en esta presión basal

C. FETO

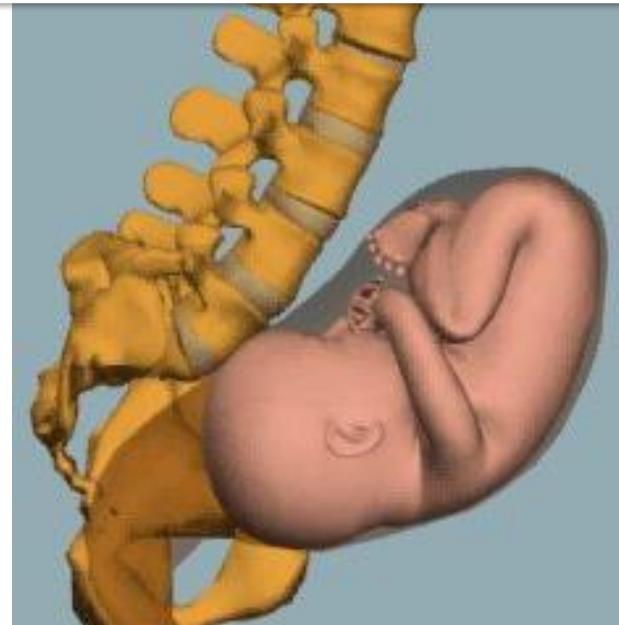
En el momento de expulsión de l feto...

1. Acomodación del polo fetal al estrecho sup de la pelvis.
2. Flexión de la cabeza sobre el tórax.
3. Descenso y encajamiento.
4. Rotación interna.
5. Desprendimiento de la cabeza
6. Rotación externa de la cabeza e interna de los hombros.
7. Desprendimiento de los hombros y expulsión de las demás partes fetales.

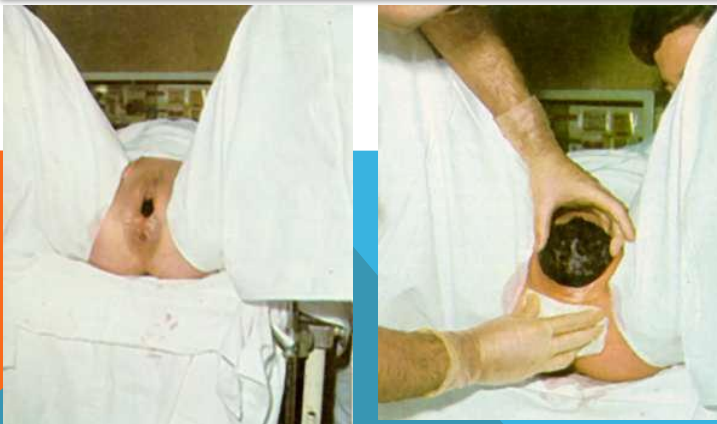
Acomodación del polo fetal al estrecho sup



Descenso y encajamiento.



Coronacion y desprendimiento



Desprendimiento de los hombros



MECANISMOS DEL PARTO DE LOS OTROS SEGMENTOS CORPORALES

Cabeza Fetal

Hombros Fetal

Pelvis Fetal

Acomodación al E.S.

Descenso o Encajamiento



Rotación Interna



Desprendimiento Cabeza



Acomodación Hombros

Descenso de los Hombros



Rotación Externa

Rotación Interna Hombros



Acomodación de Pelvis

Desprendimiento Hombros

Descenso de la Pelvis

EDWIN FRANCISCO MENESES

Desprendimiento Pelvis

(desde rotación interna)

D. CONTRACCION DE LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL

Contracciones uterinas elemento esencial del TdP.

Reflejo de pujo, cabeza fetal comprime la ampolla rectal.

Hay aumento de las fuerzas que actúan en el periodo expulsivo si la madre contrae la pared abdominal