



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD V

TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO

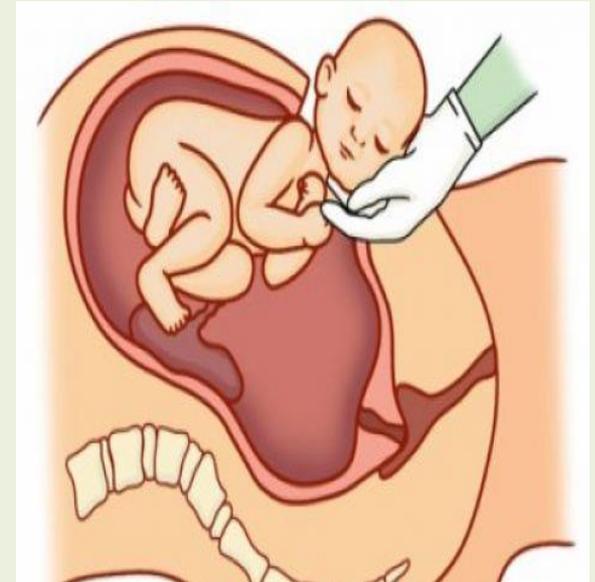
Docente: Cto. Dr. Paula Corrales Estrada

Este tema se ve en 8 horas

UNIDAD 5: Trabajo de Parto y Nacimiento

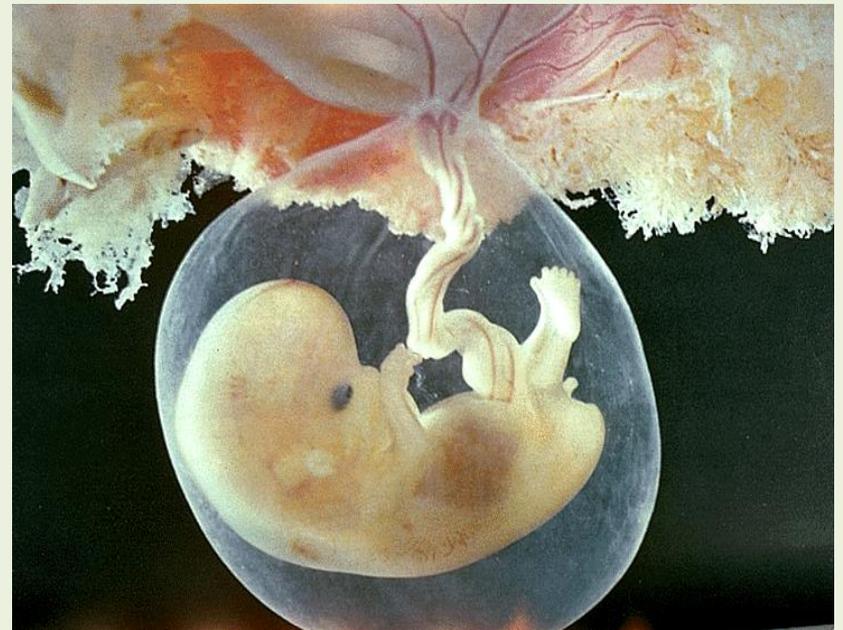
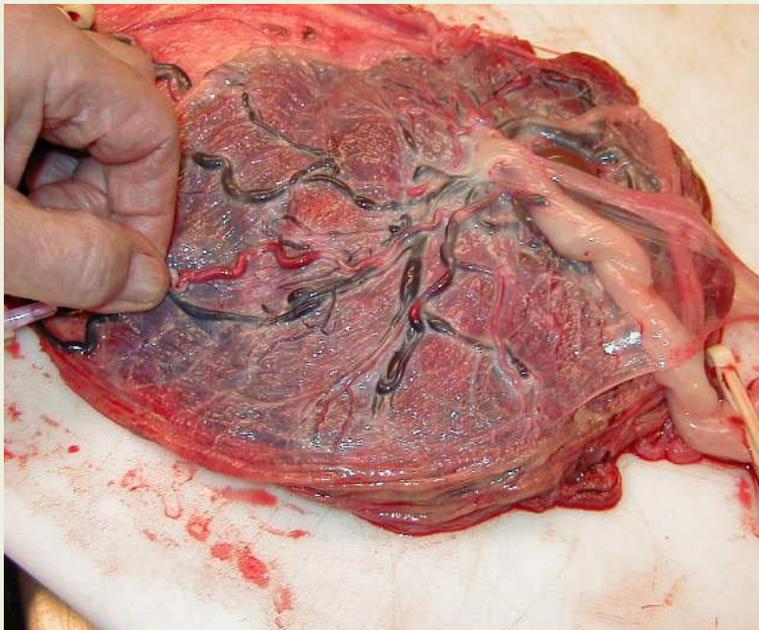
SUBTEMAS:

- Describir la relación anatomofisiológica madre-feto
- Cambios fisiológicos y psicológicos
- Signos premonitorios del trabajo de parto
- Valoración del canal de parto
- Maniobras de Leopoldo
- Teorías del trabajo de parto
- Fisiología del trabajo de parto
- Mecanismos del parto



RELACION ANATOMOFISIOLOGICA MADRE-FETO

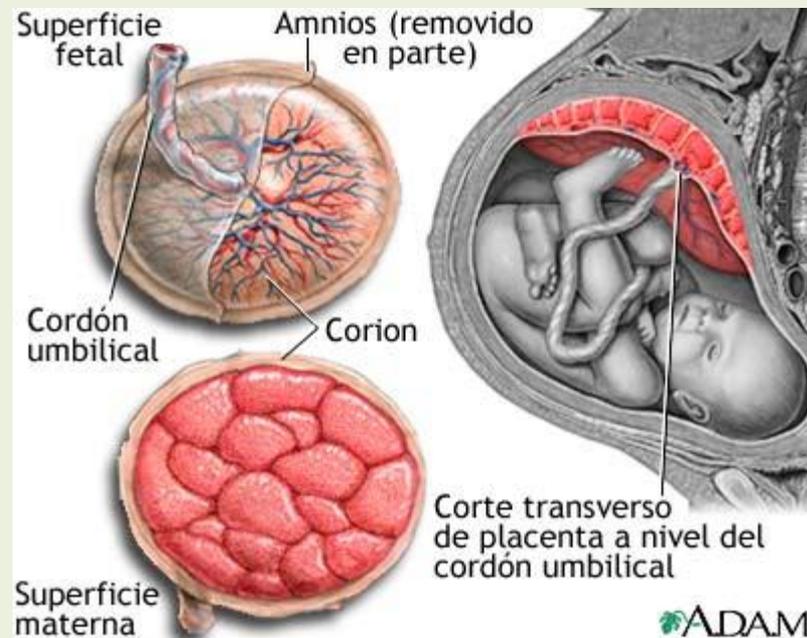
- La placenta es un órgano temporal en forma de disco que conecta el feto con la pared uterina.



- La placenta es una estructura redondeada en forma de disco de 15 a 25 cm de diámetro y unos 3 cm de grosor y pesa entre 500-600 gr.

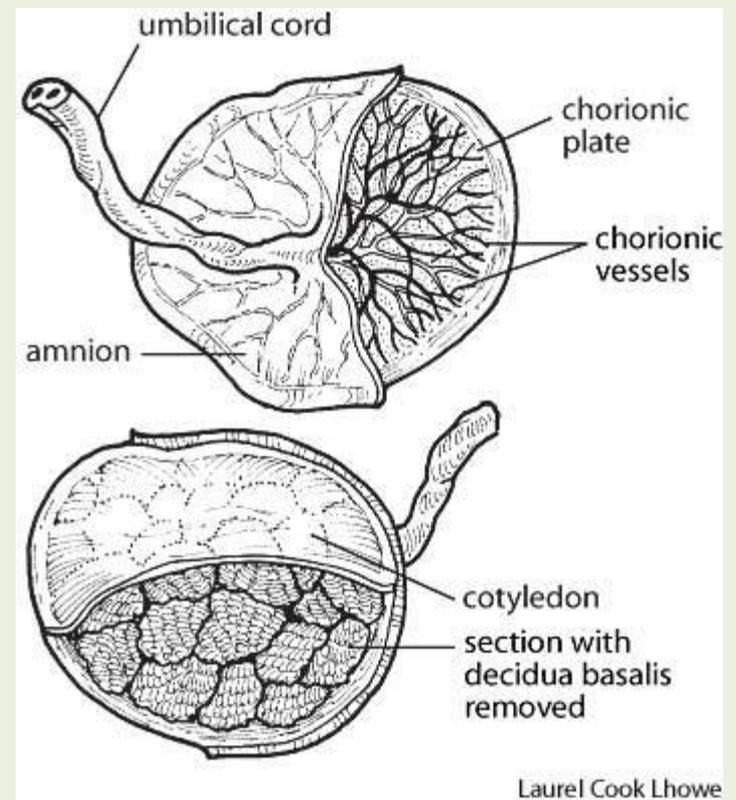


- Adosada a la cara interna del útero materno le permite al bebé nutrirse mediante la extracción de los elementos necesarios provenientes de la sangre materna.

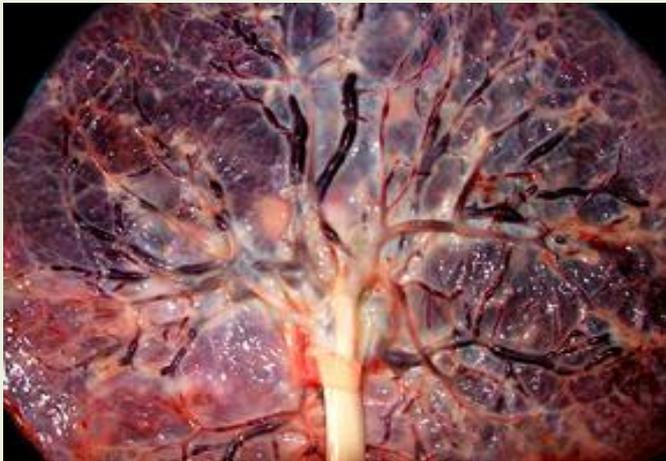


La placenta presenta dos caras:

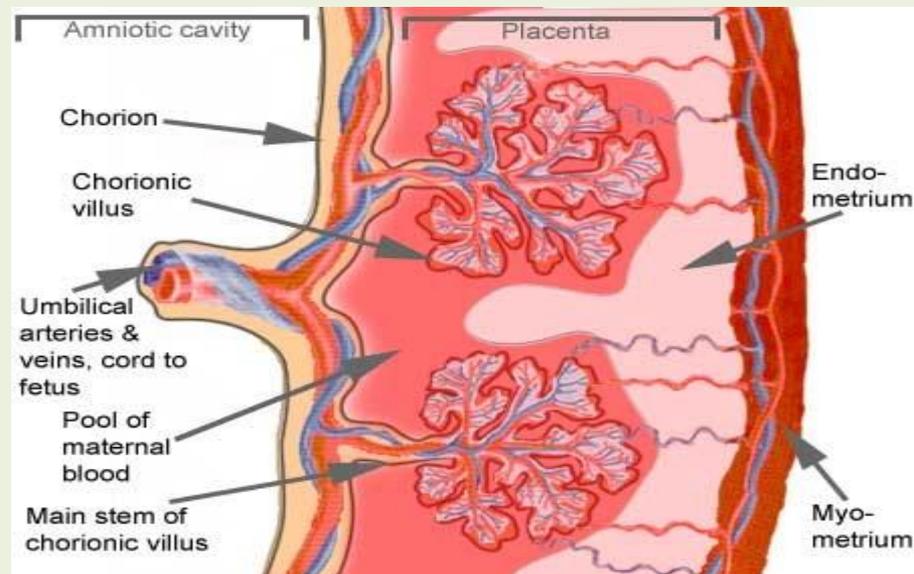
- **Cara materna o decidua basal:** Superficie irregular, debido a la presencia de una serie de elevaciones denominadas cotiledones (15-20) cubiertos por una delgada capa de decidua basal y separados los tabiques intercotiledonianos.



- **Cara fetal:** Formada por el corion frondoso es lisa está cubierta por amnios a través del cual se visualizan las ramificaciones de los vasos coriónicos que convergen hacia el cordón umbilical, en esta cara se inserta el cordón umbilical.

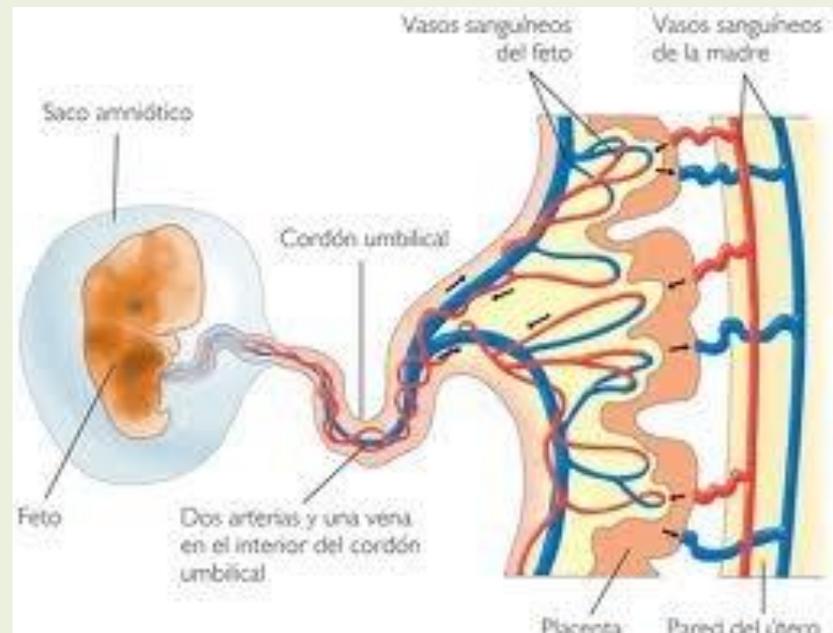


- Entre las placas coriónica y basal están los espacios intervelllosos llenos de sangre materna.
- Las vellosidades arborescentes se desarrollan en el interior de los lagos sanguíneos intervelllosos.



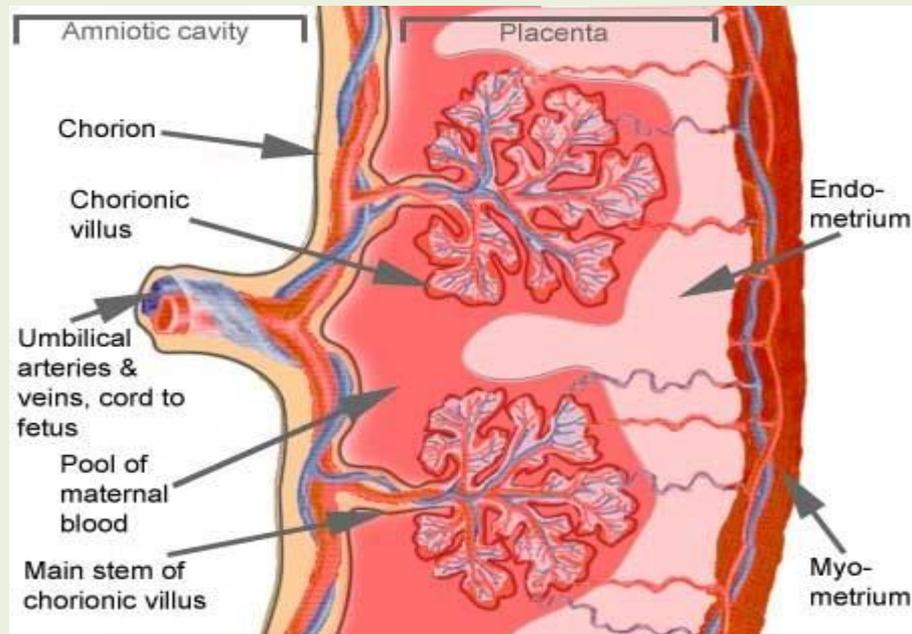
SISTEMA CIRCULATORIO MATERNO

- En la circulación materna la sangre procedente del útero materno circula por las lagunas trofoblásticas y los espacios intervellosos de la placenta.



CIRCULACIÓN FETAL

- En la circulación fetal la sangre procedente del feto, pasa por los vasos umbilicales y circula por los vasos de las vellosidades coriónicas de la placenta.



- La sangre de estos 2 sistemas circulatorios, el materno y el fetal, no se mezclan porque están separadas por un conjunto de estructuras coriónicas, que constituyen la llamada barrera placentaria.



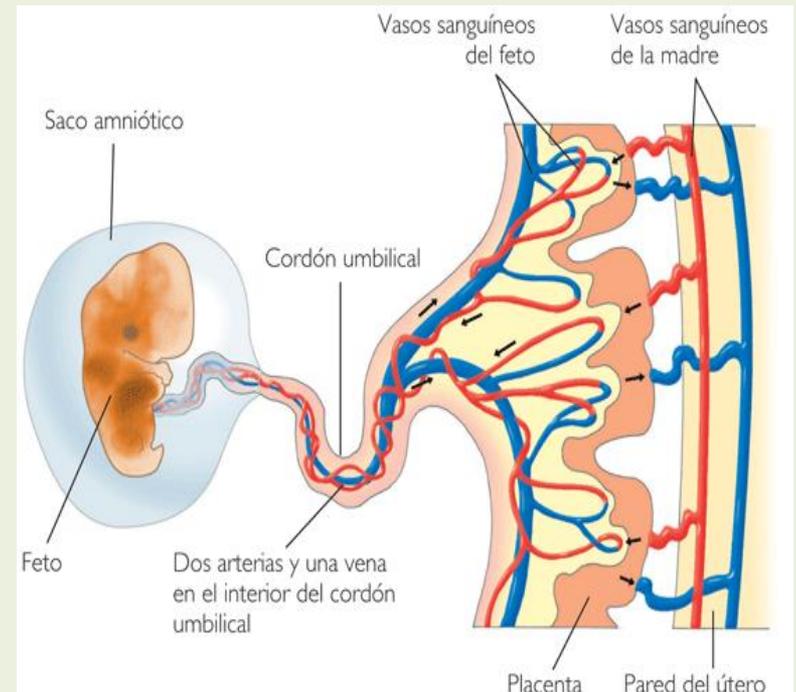
Barrera Placentaria

La placenta constituye una barrera entre el feto y la madre porque cuenta con un revestimiento provisto de 4 capas celulares:

- Revestimiento endotelial de los vasos fetales
- Tejido conectivo de las vellosidades coriónicas
- Citotrofoblasto
- Sincitiotrofoblasto

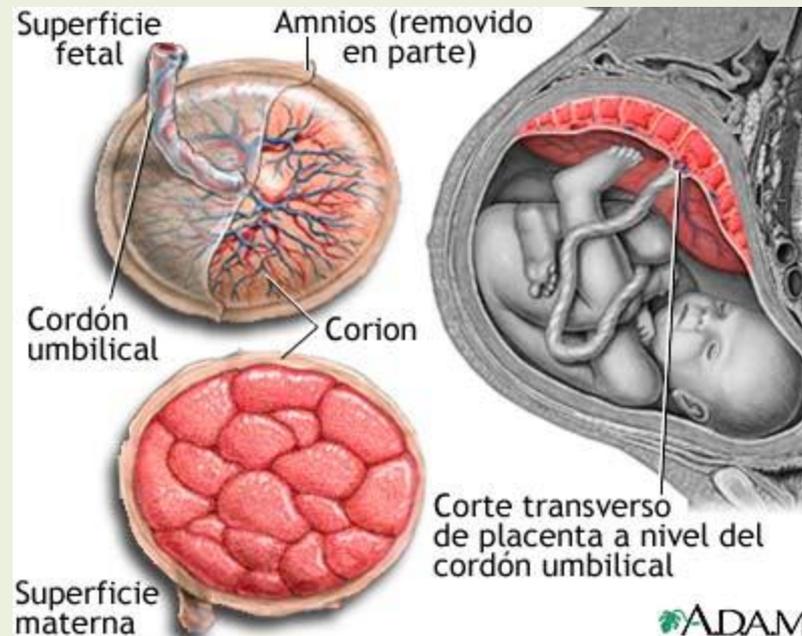
FUNCIONES DE LA PLACENTA

- Nutrición
- Intercambio gaseoso
- Excreción de productos catabólicos
- Funciones endocrinas
- Barrera inmunológica
- Protección biológica
- Protección física



Nutrición

- El bebé extrae de la sangre materna todos los elementos que le son necesarios: Oxígeno, Aminoácidos (proteínas), Ácidos grasos (grasas) y Glucosa (carbohidratos).



Los elementos nutricios depositados en los espacios intervellosos son transferidos al feto, predominantemente por 2 mecanismos:

- Transporte pasivo, difusión simple o difusión facilitada
- Transporte activo y selectivo con la participación de sistemas enzimáticos y pinocitosis

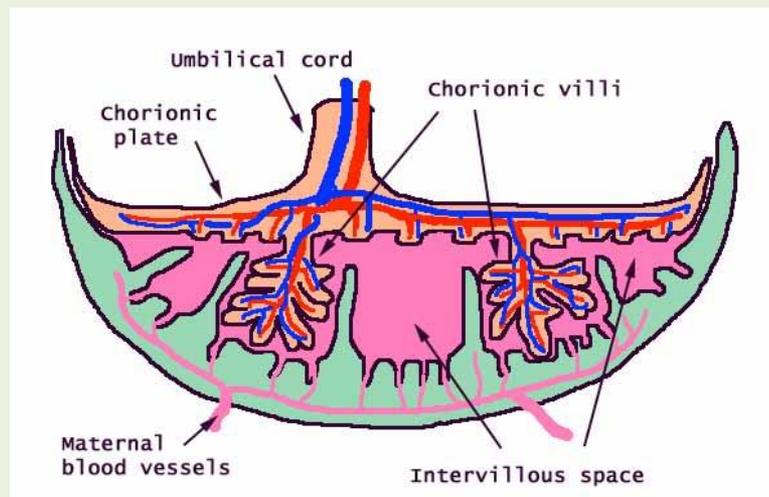
VÍAS DE TRANSPORTE DE LA PLACENTA

TIPO DE TRANSFERENCIAS	PRODUCTOS TRANSFERIDOS
Transporte activo	Aminoácidos, hierro, calcio, yodo, vitaminas hidrosolubles
Flujo masivo	Agua
Difusión simple	Oxígeno, dióxido de carbono, electrolitos, vitaminas liposolubles, agua
Difusión facilitada	D-glucosa
Pinocitosis	Algunas inmunoglobulinas
Roturas en la membrana	Factores Rh que causan izoinmunización

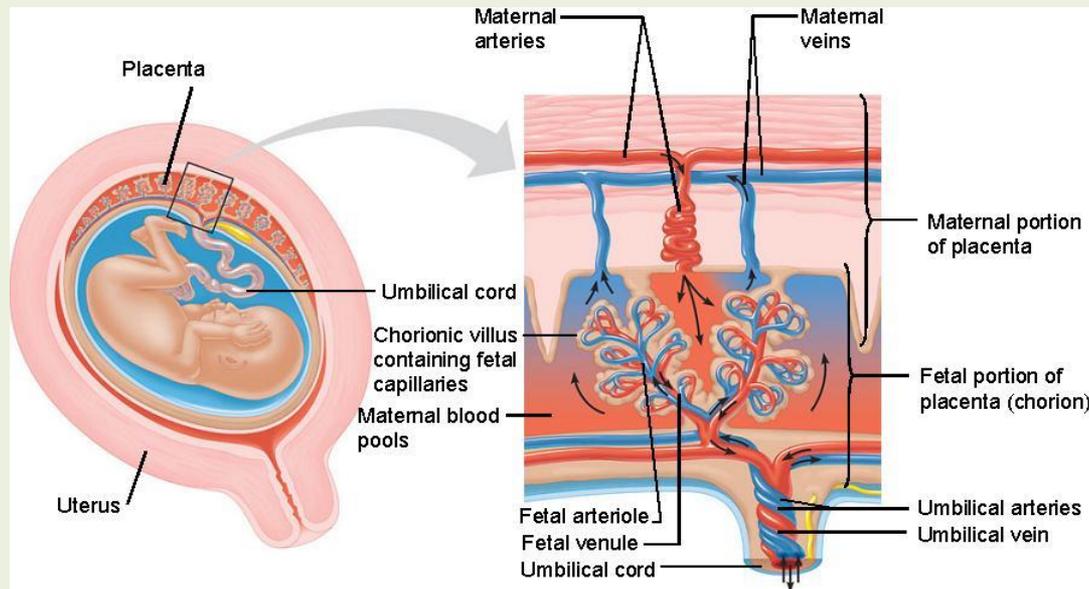
Intercambio gaseoso

- La placenta juega el papel de «pulmón fetal».
- La sangre oxigenada entra a los espacios intervillosos desde la decidua basal
- La presión arterial materna dirige la sangre hacia las vellosidades coriónicas
- La sangre fetal recibe oxígeno por la diferencia de concentración y de presiones entre la circulación fetal y la materna.

- La sangre desoxigenada deja los espacios intervillosos por aberturas que se encuentran en el citotrofoblasto y entra en las venas endometriales
- Las contracciones uterinas comprimen los espacios intervillosos y hacen pasar la sangre hacia las venas uterinas.



- Las venas de las vellosidades coriónicas se unen para formar la vena umbilical
- La sangre desoxigenada deja al feto a través de dos arterias umbilicales
- La sangre oxigenada regresa por vénulas y venas situadas en las vellosidades coriónicas



Excreción de productos catabólicos

- El feto transfiere a su madre los productos de desecho que se producen por su catabolismo y que no pueden eliminarse por si solas dado que sus órganos son inmaduros

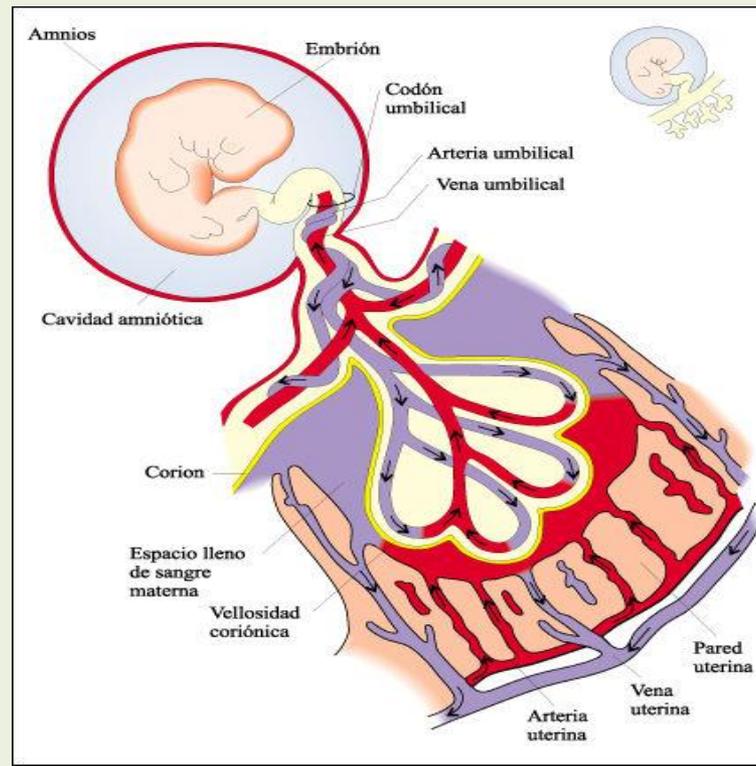


Funciones endocrinas

- La placenta elabora dos tipos de hormonas: las hormonas polipeptídicas y las hormonas esteroideas.

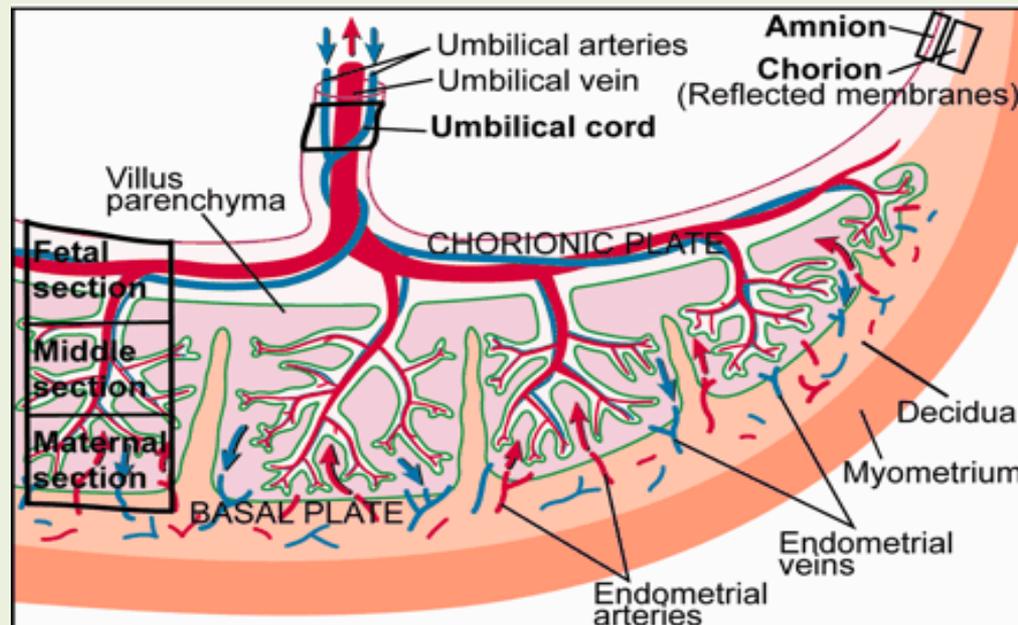


- Hormona Polipeptídica: gonadotrofina coriónica humana que permiten la permanencia del embarazo y modifican el metabolismo y las funciones fisiológicas maternas para la subsistencia del bebé en crecimiento.

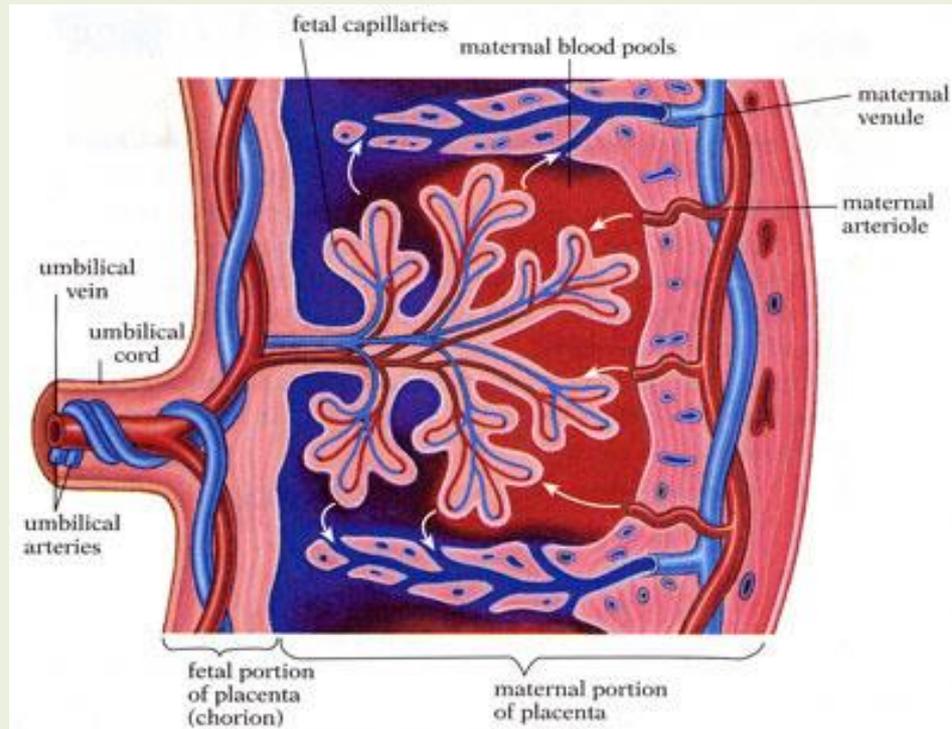


- Lactógeno placentario humano, que aparece en el plasma sanguíneo de la madre desde la tercera semana y cuyos efectos son los cambios somáticos del cuerpo, como el aumento del tamaño de las mamas.
- Mantiene el suministro constante de glucosa estimulando la lipólisis materna

- Hormonas esteroideas: Progesterona y estrógenos. Es importante destacar la acción conjunta de las hormonas hipofisarias, ováricas y placentarias para el correcto desarrollo del embarazo.



- La estrona y estradiol, estimulan el crecimiento embrionario y adaptan el metabolismo de la madre a las necesidades del feto.



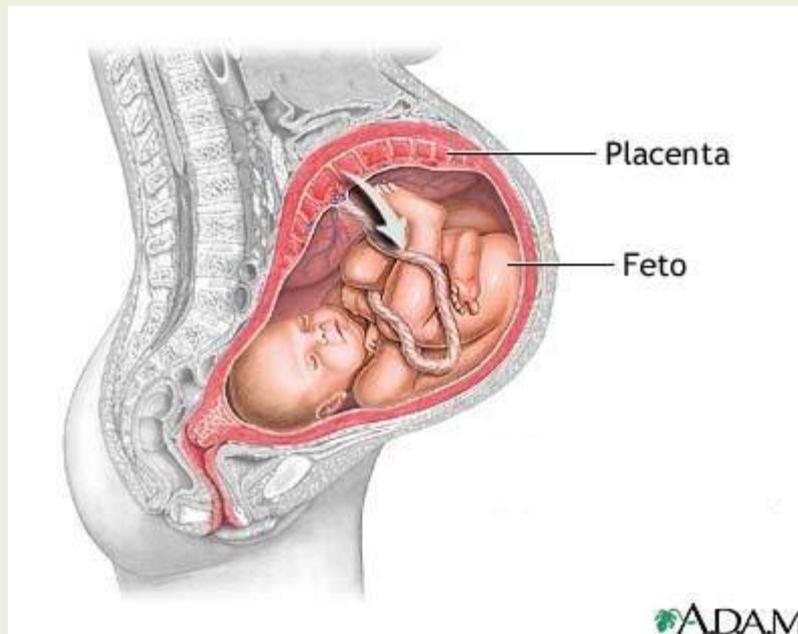
Barrera inmunológica

- La barrera placentaria no puede ser atravesada por moléculas grandes, ni por células sanguíneas, pero sí puede ser atravesada por algunos tipos de anticuerpos (los IgG), por lo que el feto queda inmunizado frente a aquellos antígenos para los que reciba anticuerpos de la madre.



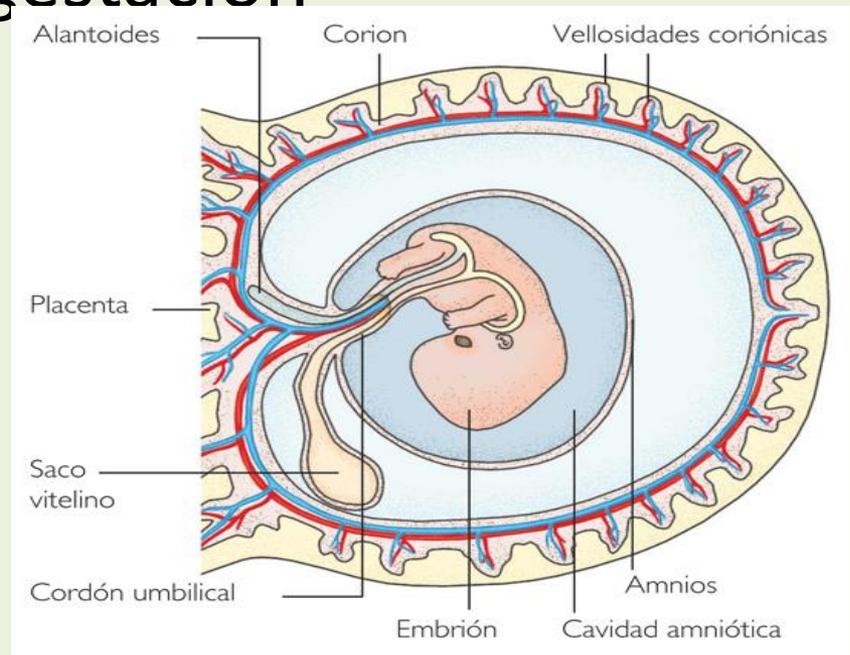
Barrera inmunológica

- La placenta y los profundos cambios inmunológicos sobre la madre permiten que el feto no sea atacado por el sistema de defensa de la madre.



Protección biológica

- La placenta se comporta como un excelente filtro que impide el paso de fármacos, parásitos, algunos virus y bacterias que pudiesen afectar al bebé, (dependiendo del tiempo de gestación)



Protección física

- La placenta, las membranas de la “Bolsa de Aguas” y el líquido amniótico que ellas engloban proporcionan un ambiente cerrado, estéril y de temperatura controlada que mantienen al bebé completamente aislado de los factores físicos que podrían generarle problemas: golpes, cambios bruscos de temperatura, infecciones bacterianas, etc.

- *la placenta le permite al feto parasitar a su madre para poder nutrirse, vivir, crecer y mantener su propio embarazo.*

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

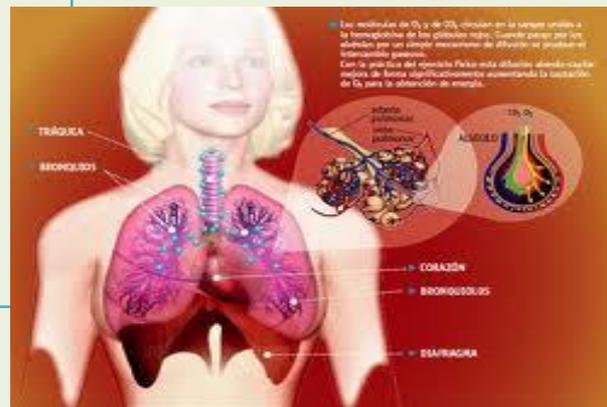
SISTEMA	FISIOLOGIA	SINTOMAS CLINICOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> ✱ Las contracciones uterinas liberan 400 ml de sangre en el sistema vascular, lo cual incrementa el gasto cardiaco. ✱ El peso del útero comprime la vena cava ascendente y la aorta descendente. ✱ Sostener la respiración y pujar con fuerza aumenta la presión intratorácica y reduce el retorno venoso lo cual puede ocasionar hipoxia fetal. 	<p>La presión arterial aumenta en 10 mmHg; el pulso se torna más lento.</p> <p>Puede suscitarse hipotensión supina.</p>	<p>Valorar la T/A entre contracciones.</p> <p>Valorar estado de conciencia.</p> <div data-bbox="1437 833 1877 1159" style="text-align: center;">  </div>

El aumento en la actividad física y la angustia, durante el trabajo de parto incrementa el consumo de oxígeno.

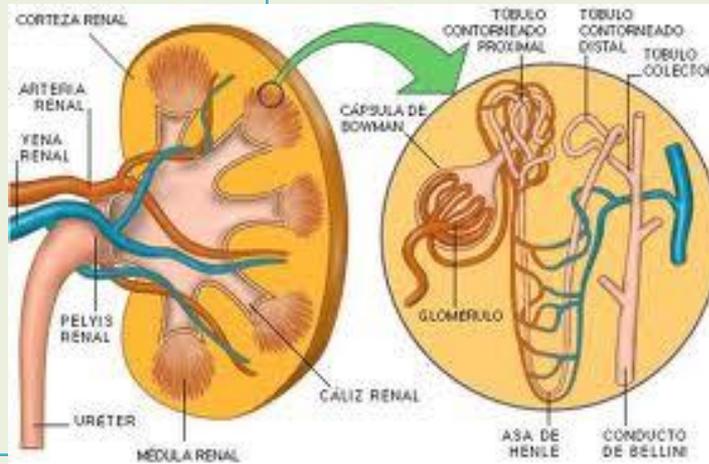
• Aumenta la frecuencia respiratoria.

• Evitar la hiperventilación, pues puede ocasionar alcalosis respiratoria.

• Ayudar a que la paciente se relaje entre las contracciones.



- El colapso del tejido muscular producido por el trabajo de parto algunas veces ocasiona proteinuria.
- El útero distendido y la cabeza fetal pueden obstruir la vejiga llena.
- Al palpar las sínfisis se detecta que la vejiga está llena.
- Puede haber micción espontánea durante las contracciones.
- Estimular la micción cada 2 h: colocar catéter si la vejiga se encuentra distendida y no puede vaciarse.
- No confundir la micción espontánea con rotura de membranas amnióticas.



MUSCULO

E
S
Q
U
E
L
E
T
I
C
O

- La actividad muscular aumenta durante el trabajo de parto.
- El incremento en la laxitud de las articulaciones en ocasiones causa dolor lumbar
- Diaforesis, fatiga, aumento de la temperatura.



- Fomentar el reposo de la paciente entre contracciones.
- Utilizar medidas de alivio para la diaforesis y cambios de posición para el dolor lumbar y articular.

N La euforia cambia .

E La amnesia durante la segunda etapa es
U común, mientras que en la tercera y
R cuarta etapa se observa fatiga y
O exaltación.

L Las endorfinas producen un sedante
O natural y general, en tanto que la
G isquemia de los tejidos del perineo.

El comportamiento
de la paciente
puede cambiar
entre la primera
etapa y la tercera.

Brindar apoyo y
aceptar el
comportamiento.
Proporcionar
seguridad y
privacidad.

IC
O



Las respiraciones por la boca durante el trabajo de parto secan los labios y la lengua.

La movilidad GI se reduce durante el trabajo de parto.

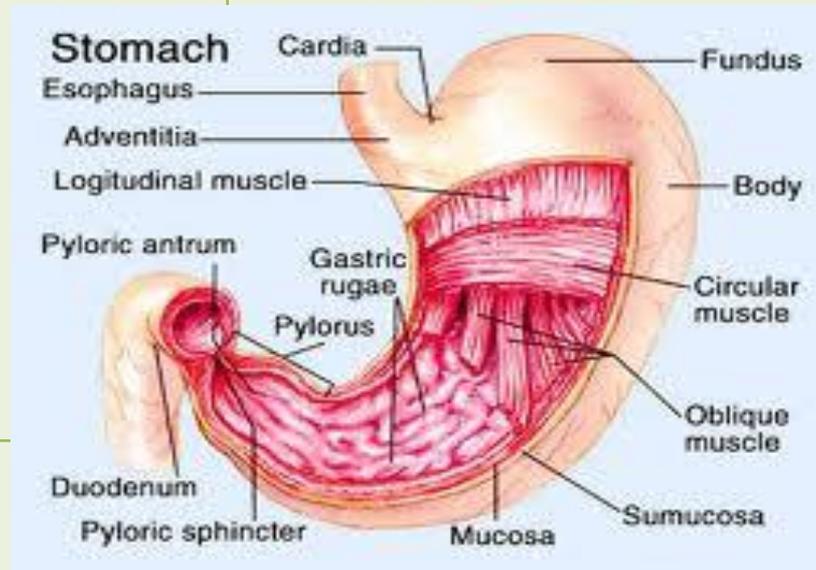
Es posible observar labios y boca seca.

Puede ocurrir nausea y vomito de alimentos no ingeridos

Valorar los signos para

Detectar deshidratación.

No administrar nada por vía oral durante el trabajo de paro activo.



- ✱ El estrógeno se incrementa y la progesterona disminuye
- ✱ El metabolismo se intensifica durante el trabajo de parto y el esfuerzo puede reducir los niveles de glucosa.

La vigilancia estrecha de la paciente diabética durante el trabajo de parto es esencial.

Fomentar que la paciente repose, cuando sea posible, entre las contracciones y la cuarta etapa.



SIGNOS PREMONITORIOS

□ALIGERAMIENTO

Cuando el feto baja a la pelvis verdadera y la parte de la presentación se encaja, la madre nota que puede respirar mas libremente con la ahora menor presión sobre el diafragma.



❑ CONTRACCIONES DE BRAXTON HICKS

Una a dos semanas antes del comienzo del parto, las contracciones de Braxton Hicks se hacen mas frecuentes, presentándose cada 15 a 20 minutos y aumentan con intensidad y duración.



❑ Sensación de pesadez en la pelvis

❑ La frecuencia de las contracciones aumenta con los paseos

❑ Ruptura de membranas

❑ Dolor púnzate y lacerante en la zona de su espalda

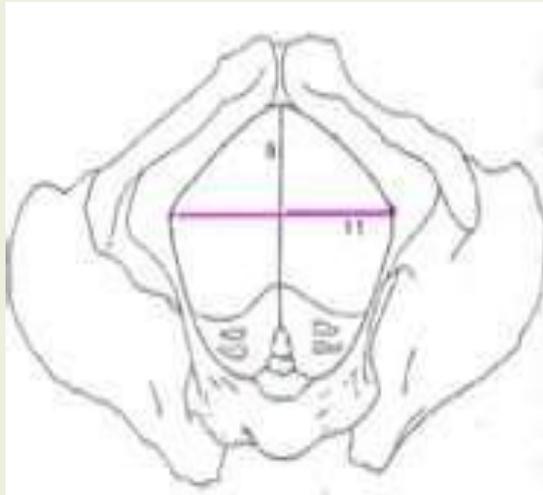


- ❑ Tras la salida del tapón mucoso, la presión de la parte descendiente del feto ocasiona que los capilares diminutos del cerviz se rompan y haya dilatación del cuello uterino.



CANAL DE PARTO

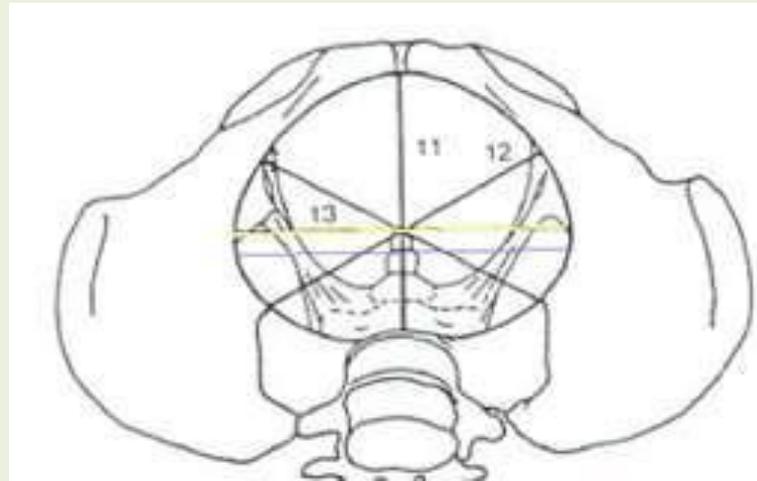
Es el espacio por el cual el feto será expulsado por lo que incluye el canal óseo y el canal blando



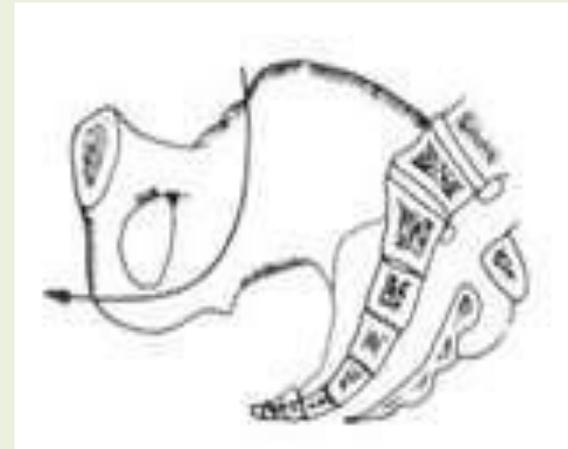
CANAL OSEO

Constituido por: La pelvis

- ❑ cinturón óseo conformado por delante y en las partes laterales, por los huesos coxales y por detrás sacro y cóccix.

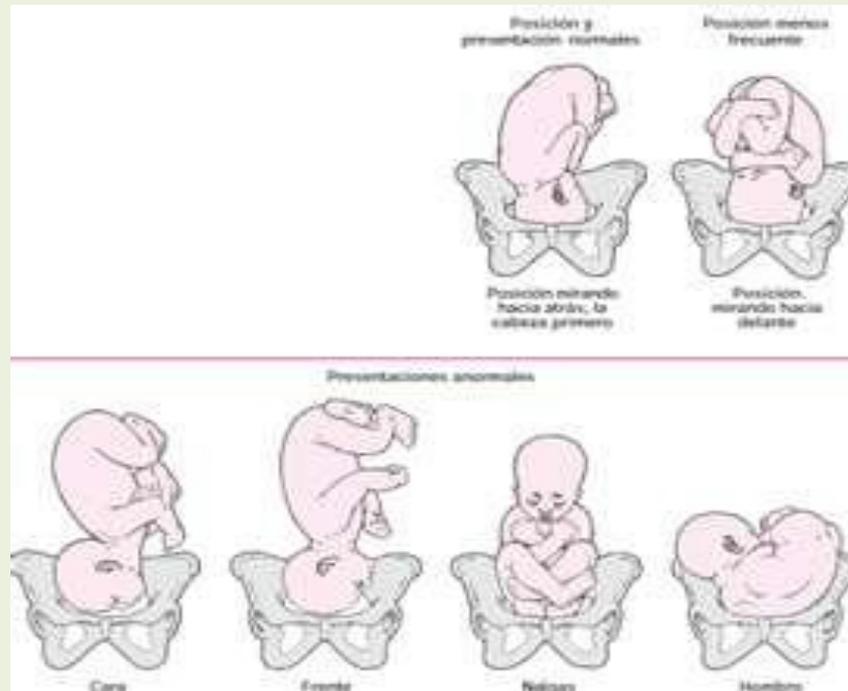


- ❑ Estos huesos están articulados mediante un sistema denominado sinartrosis permitiendo ampliar la capacidad del canal de parto
- ❑ La movilidad articular inicia en las primeras semanas del embarazo



Se consideran dos partes en la pelvis ósea

- ❑ Pelvis mayor. Actúa de recipiente del feto durante la gestación y orientarlo en el inicio del proceso de encajamiento en el parto



- Pelvis menor. Es a través de ella por donde le feto debe pasar, realizando movimientos de rotación, descenso y flexión. Se distinguen tres partes importantes:

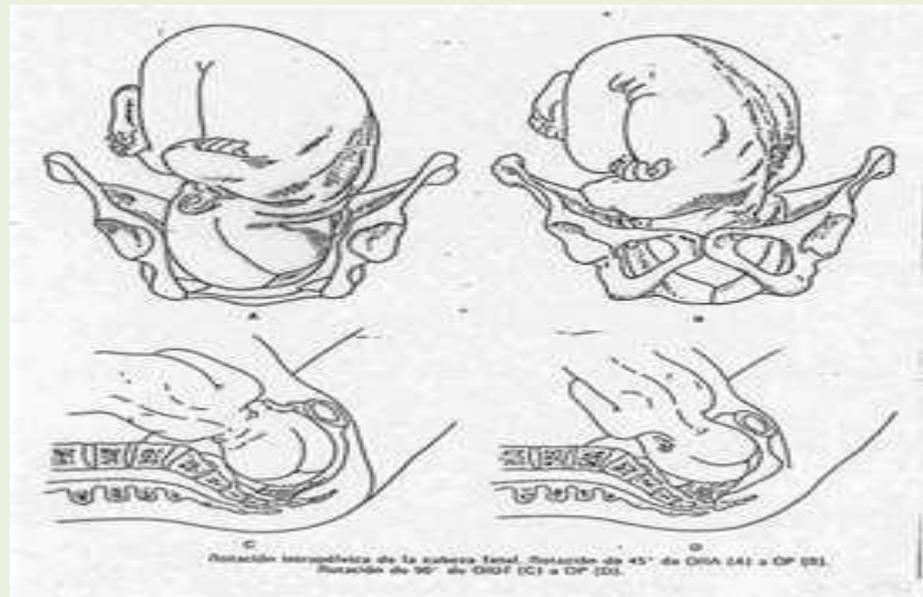


❑ ***Estrecho superior.*** Limite superior de la pelvis menor. la mitad anterior es regular y esta constituida por el borde superior de la sínfisis púbica, crestas pectíneas y eminencias ileopectinas



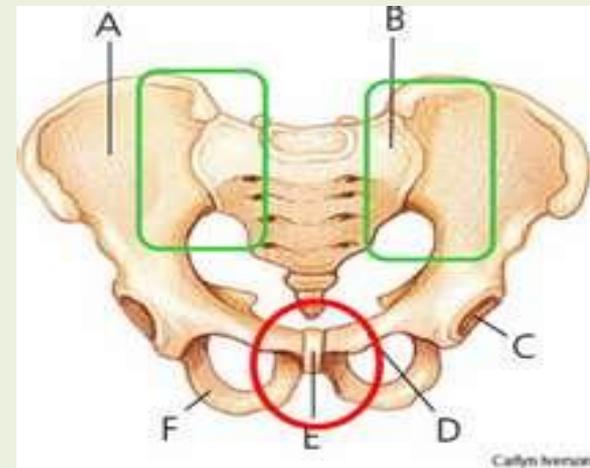
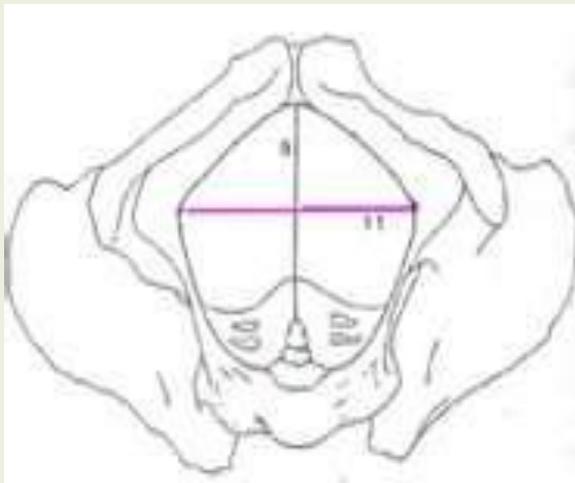
Lateralmente líneas innominadas y borde anterior de alerones sacros

Parte posterior. articulación de la quinta vertebra lumbar y primera sacra que se denomina ***promontorio***

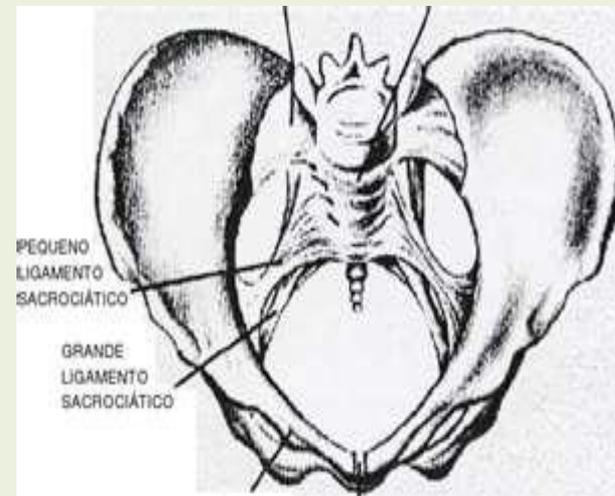


Tiene una forma ovalada distinguiendo tres diámetros:

1. Diámetro anteroposterior.
2. Diámetro transverso.
3. Diámetro oblicuo



- ❑ ***Excavación pelviana.*** Zona ósea que separa el estrecho superior del inferior, forma irregular.
- ❑ ***Estrecho inferior.*** Su forma es ovalada constituye la parte final del cóccix, mide entre 9-10 cm.



CANAL BLANDO

Se desarrolla el verdadero canal blando del parto, en íntimo contacto con el feto, en modo de tubo o cilindro permitiendo que.

- El feto realice las distintas maniobras de adaptación para su encajamiento y descenso
- Proteger de las estructuras Óseas

Características

- ❑ Es virtual durante toda la gestación
- ❑ Real en el momento de parto mediante maduración y dilatación

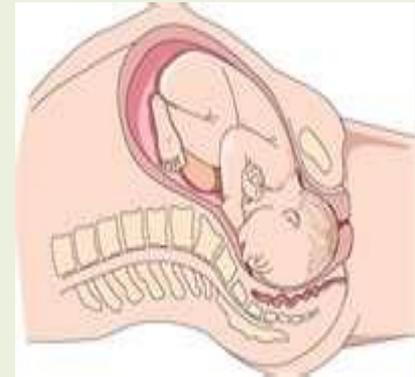
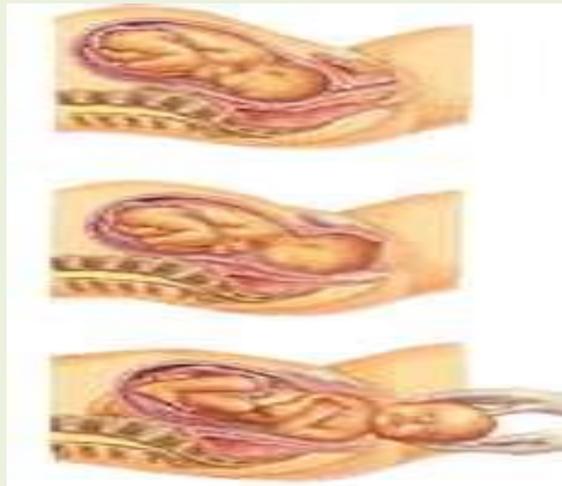


Constituido por:

- ❑ Istmo uterino. Entre el cuerpo y cuello uterino, desarrolla al final del embarazo



- ❑ Cuello uterino. Cerrado durante toda la gestación, dilatación en el parto hasta desaparecer, conectar cavidad uterina con la vagina
- ❑ Vagina. Comunica a la cavidad uterina con el exterior.



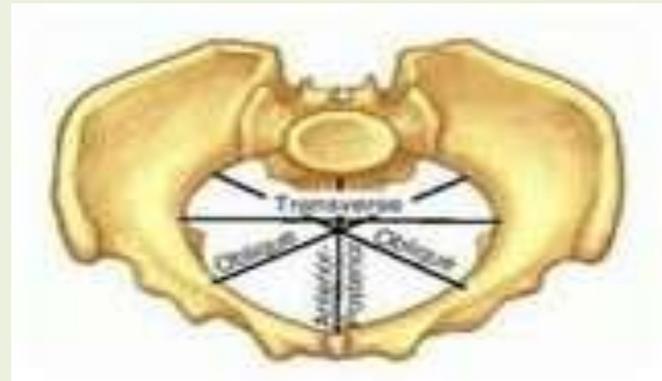


Tipos de pelvis

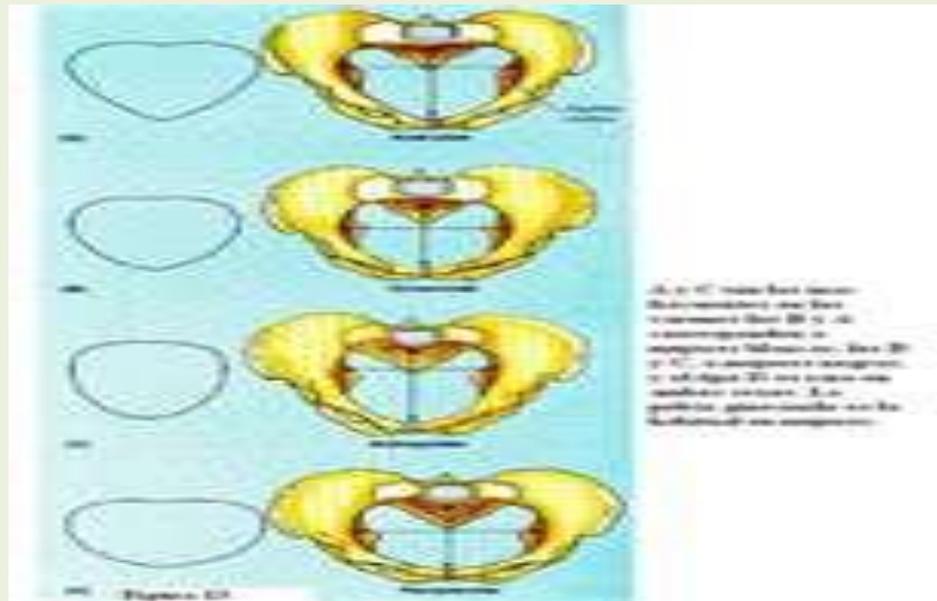


La valoración de acuerdo a Calwell y Moloy que se refiere a:

- ❑ Estudio anátomo-clínico de la pelvis ósea.
- ❑ Estrechos, planos y diámetros pélvicos.

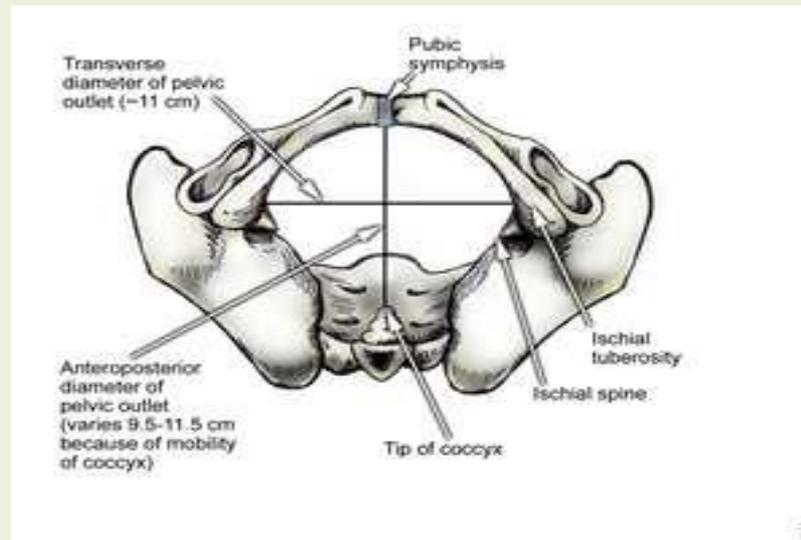


- ❑ Pelvimetría.
- ❑ Estudio radiológico de la pelvis.
- ❑ Diferenciación sexual de la pelvis

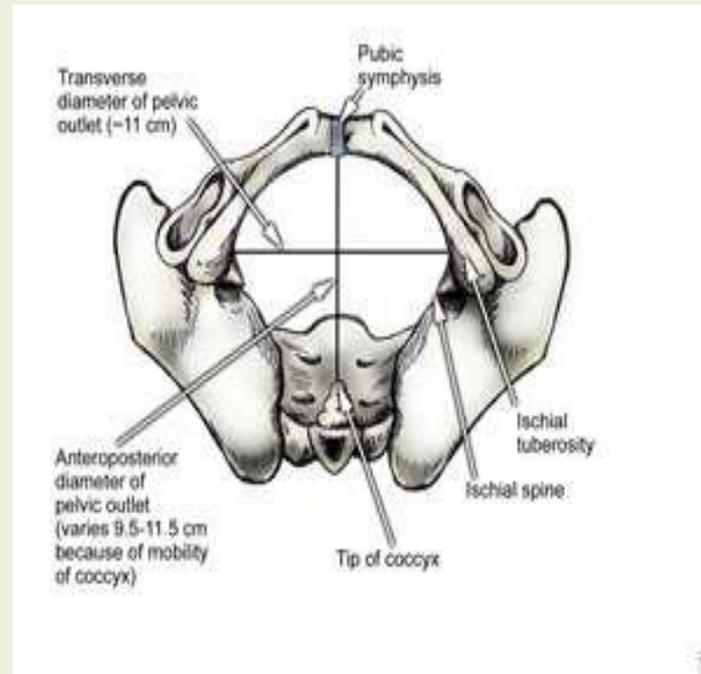


GINECOIDE

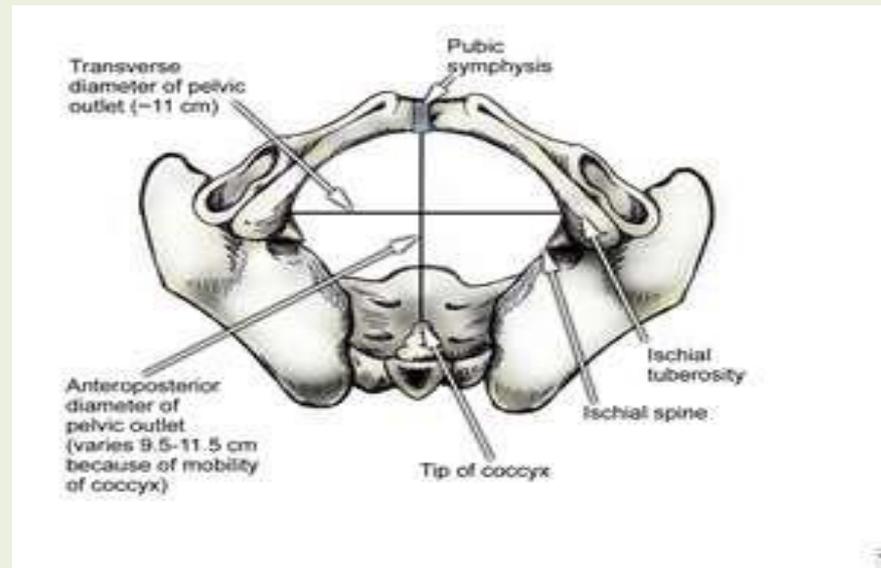
- ❑ Proporciona una abertura de la pelvis superior redondeada
- ❑ Ligeramente ovoide o elíptica con un segmento anterior bien redondeado



- ❑ Tiene un segmento posterior espacioso bien redondeado
- ❑ Escotadura sacrociática adecuada
- ❑ Un sacro hueco con algo de inclinación sacra hacia atrás

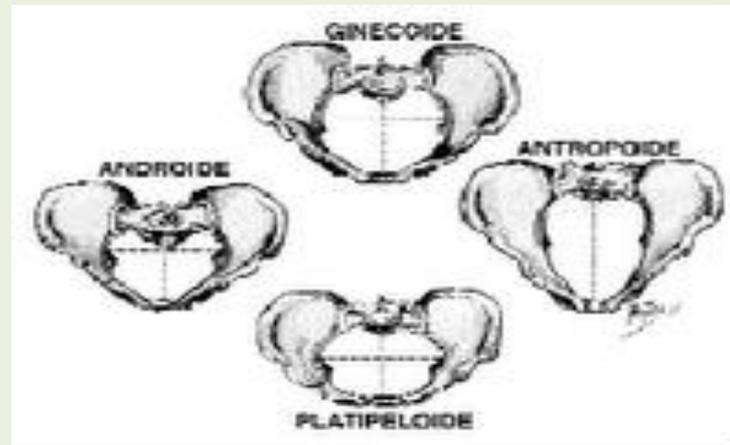


- ❑ Tiene paredes laterales rectas
- ❑ Amplios diámetros interespinosos e intertuberosos
- ❑ Huesos de peso medio y estructura regular



ANDROIDE

- ❑ Abertura de la pelvis superior en forma de cuña
- ❑ Segmento anterior angosto
- ❑ Segmento posterior plano
- ❑ Escotadura sacrociática estrecha

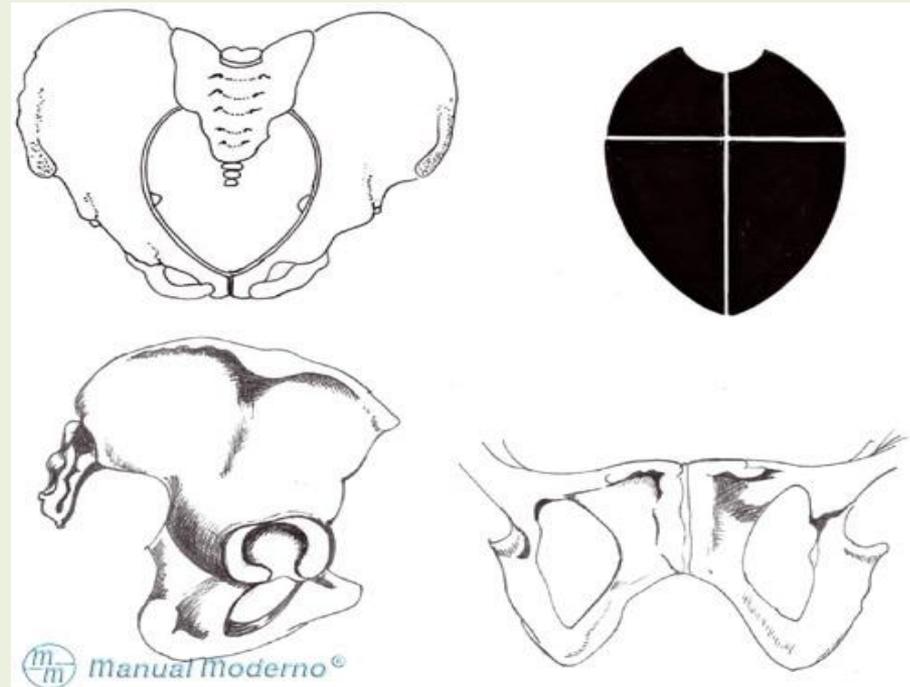


- ❑ Sacro en inclinación hacia adelante
- ❑ Paredes laterales convergen
- ❑ Huesos de estructura de media a pesada

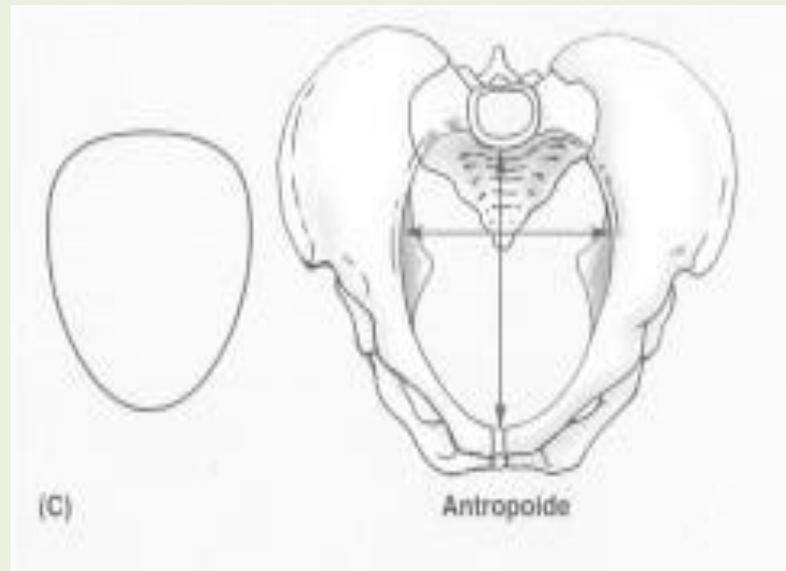


ANTROPOIDE

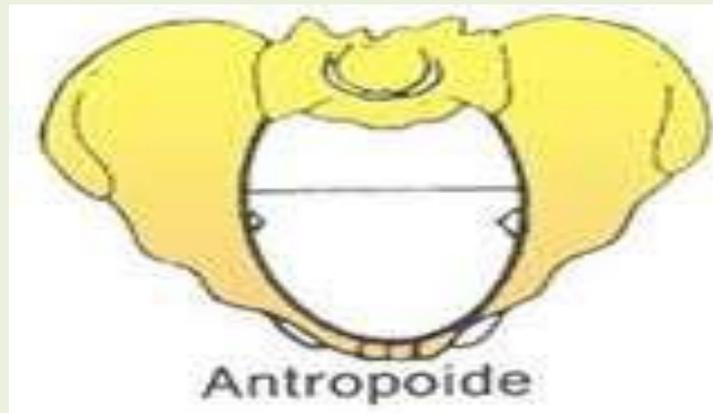
- ❑ Abertura de la pelvis superior larga, oval, estrecha
- ❑ Segmento anterior y posterior extendido y estrecho



- ❑ Amplia escotadura sacro ciática y un sacro estrecho y largo
- ❑ Arco subpubico puede ser de tipo: gótico angulado o del tipo normando regulado

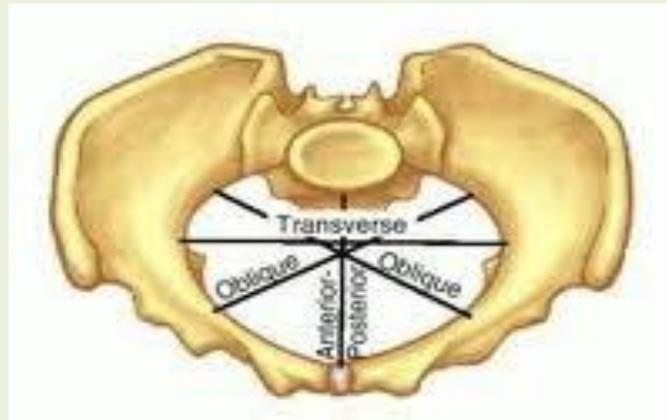


- ❑ Paredes laterales rectas
- ❑ Diámetros interespinosos e intertuberosos
- ❑ Estructura ósea media

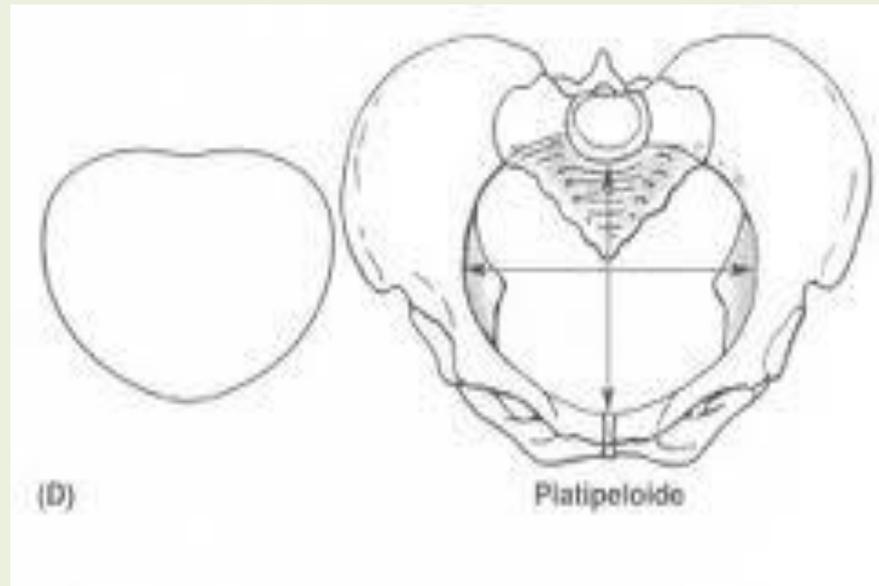


PLATPELOIDE

- ❑ Abertura de la pelvis superior oval
- ❑ Angulo retro púbico muy amplio redondeado y segmento posterior plano
- ❑ Escotadura sacro ciática estrecha e inclinación sacra normal aunque corta



- ❑ Arco subpubico amplio
- ❑ Paredes laterales rectas
- ❑ Amplios diámetros interespinosos e intertuberoso



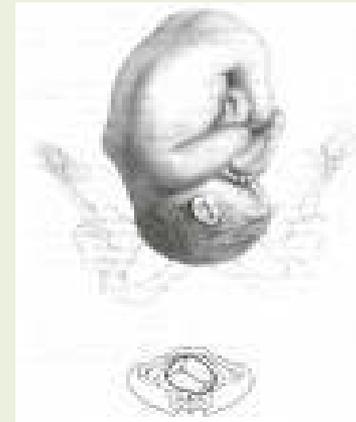
Maniobras de Leopold

Estas permiten a la enfermera obtener datos relacionados con el feto:

- **situación**
- **posición**
- **presentación**
- **altura de la presentación**

- **Situación (S):** Es la relación que guarda el eje longitudinal de feto, y puede ser: longitudinal y transversa.

S. Longitudinal



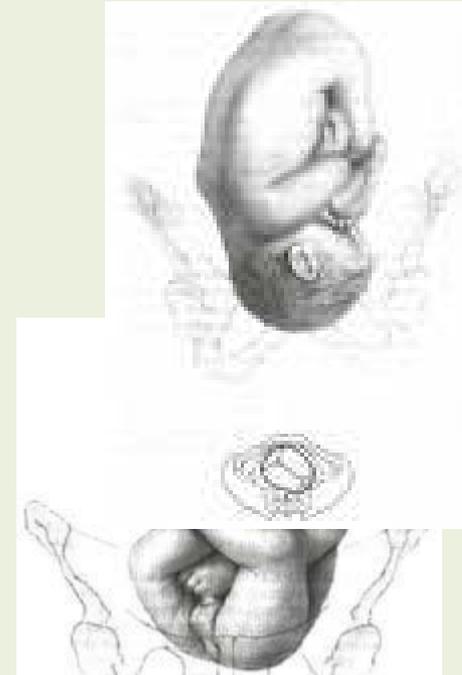
S. Transversal



- **Posición (P):** también se le identifica como dorso (D) derecha o izquierda



- **Presentación (P):** Es la parte del producto que se aboca en el estrecho superior de la pelvis materna y es capaz de llevar a cabo el mecanismo del trabajo de parto; puede ser: cefálica o pélvica en sus diferentes variedades.



- **Altura de la Presentación:** Es la relación que guardan los parietales de la cabeza fetal con el estrecho superior de la pelvis materna; puede ser: Libre, abocado o encajado



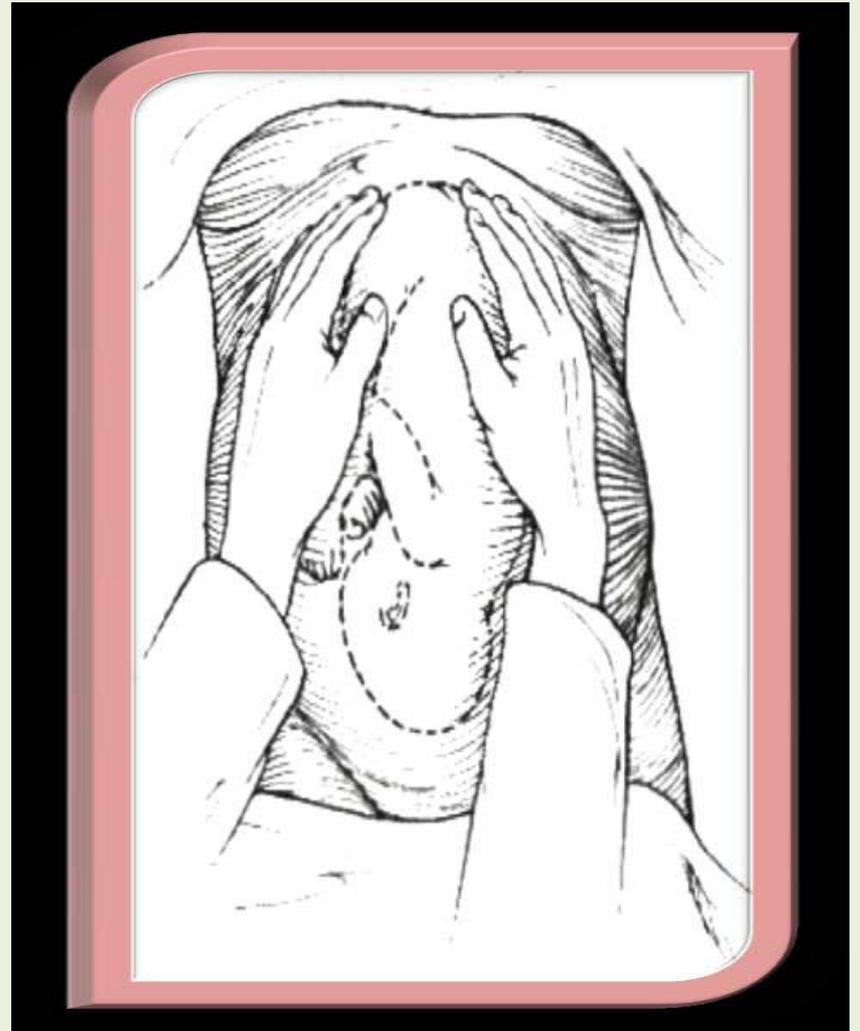
- **Libre:** cuando los parietales no sobrepasan el estrecho superior de la pelvis.
- **Abocado:** cuando los parietales fetales no han rebasado totalmente el estrecho superior de la pelvis materna y el feto aun no se ha encajado y por exploración vaginal puede ser rechazado de la pelvis materna.
- **Encajado:** cuando los parietales fetales han rebasado el estrecho superior de la pelvis materna y el feto no puede ser rechazado.

Primera maniobra

OBJETIVO:

Identificar qué polo fetal se encuentra ocupando el fondo uterino, puede ser el polo cefálico o el polo pélvico

- **TECNICA:** Colócate a la derecha de la embarazada y frente a ella, ubica tus manos en el fondo uterino tratando de abarcarlo con la cara palmar y apoyada en el borde cubital.



a) cefálico: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.

- b) pélvico: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos.

Segunda maniobra

Objetivo:

- Posición del feto (izquierda o derecha)
- situación (longitudinal o transversa) fetal.

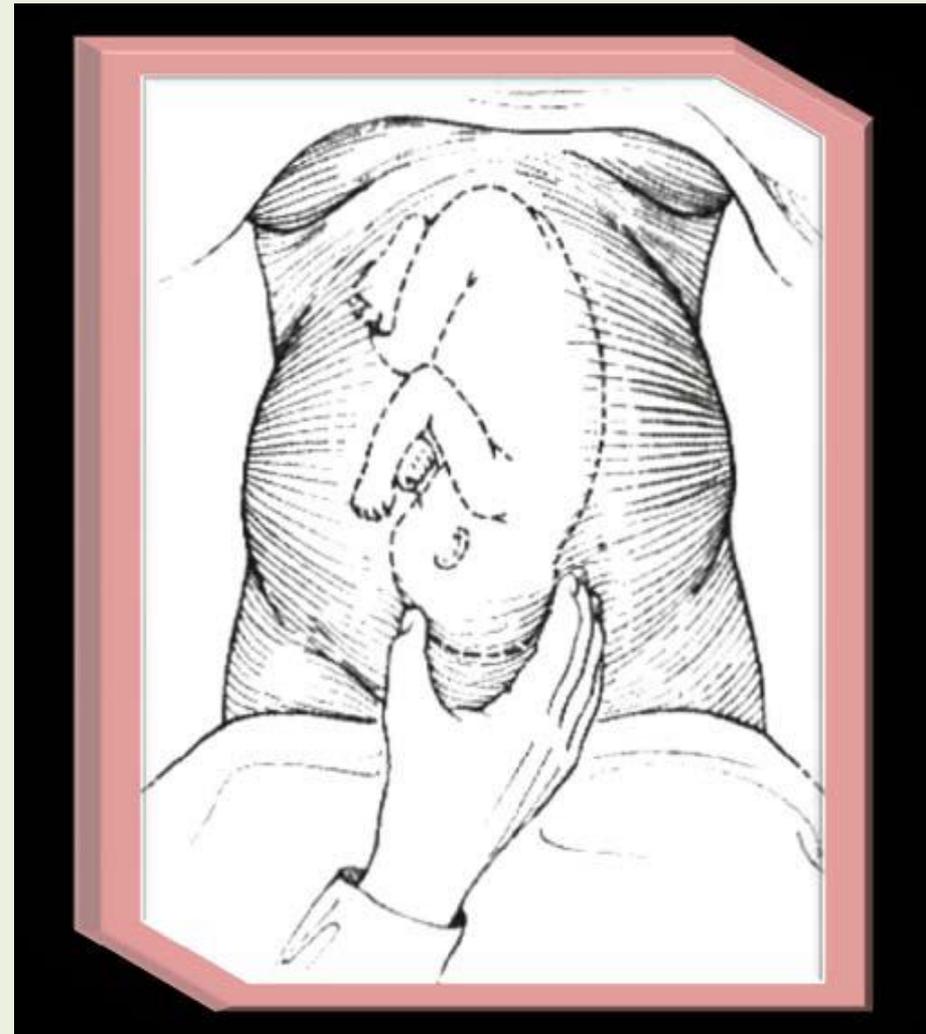
- **TECNICA:** Colócate en la misma forma que en la 1ª. Maniobra y ubica ambas manos a cada lado del abdomen, ejerciendo una presión sobre uno de los lados moviendo al bebé al lado contrario, y con la otra mano, palpa suavemente para sentir que parte del cuerpo se encuentra en esta zona. Si el dorso es derecho, apreciarás una superficie plana y convexa y del lado izquierdo, percibirás partes irregulares, con una mayor movilidad en la palpación (manos y pies).



Tercera Maniobra (Del peloteo cefálico)

- Su objetivo es identificar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado), y corroborar la presentación.

- **TECNICA:** Ubícate a la derecha de la embarazada y de frente a ella, usa tu mano derecha abierta como pinza, cuyas ramas serían el pulgar, índice y medio en forma de arco para poder abarcar el polo del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna. Pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Al tomarse fija y desplaza lateralmente con tú muñeca haciendo movimientos de prono-supinación (peloteo).

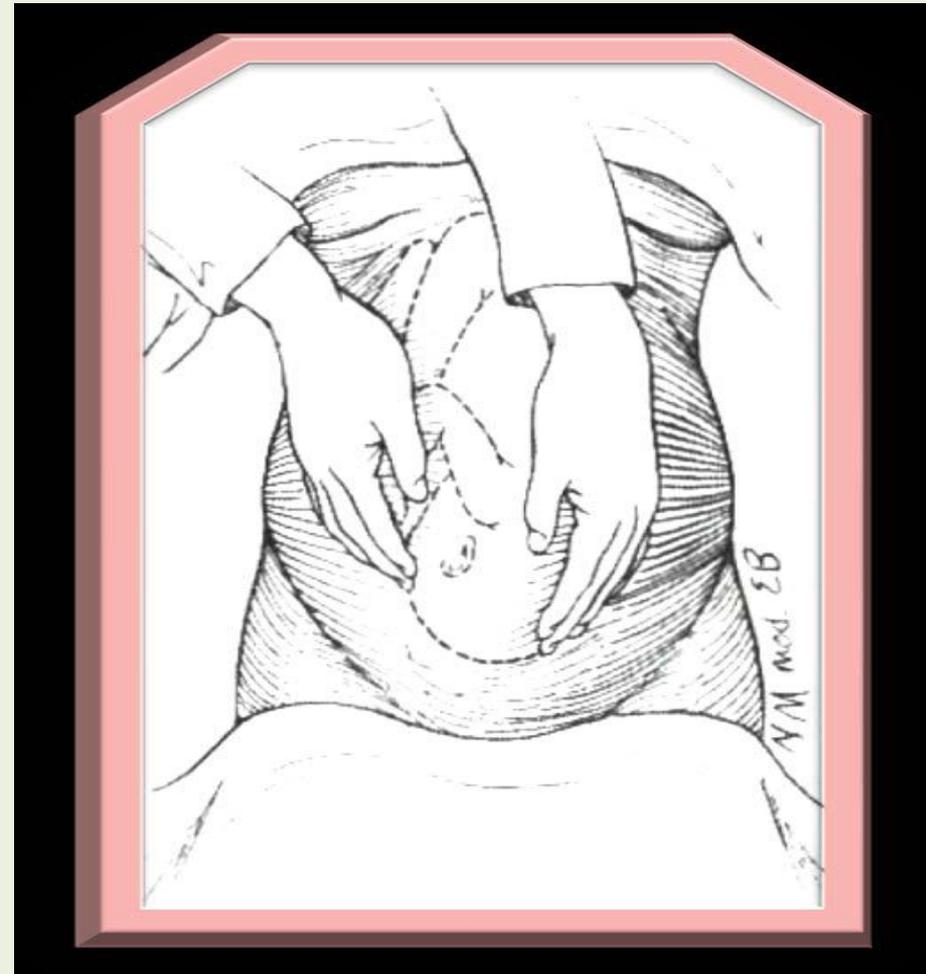


- a) Si la presentación pelotea, esta libre.
- b) Si la presentación no pelotea esta encajada.

Cuarta maniobra

- Su objetivo es identificar la presentación y corroborar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado).

- **TECNICA:** Ahora es necesario que cambies tú posición y te coloques viendo hacia los pies de la embarazada, dándole la espalda y dirigiéndote hacia su pubis. Coloca tus manos con la cara palmar y apoyada en el borde cubital por encima del pubis,. De esta manera palparás el contenido (feto) y el continente (útero).



Así, identificarás la presentación:

- a) cefálica: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.
- b) pélvica: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos.
- También podrás corroborar la altura de la presentación.

Borramiento y dilatación cervical durante el parto
(Cervical Effacement and Dilatation During Labor)



1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.



2. Cuello del útero borrado y dilatado a 1 cm.



3. Cuello del útero dilatado a 5 cm.

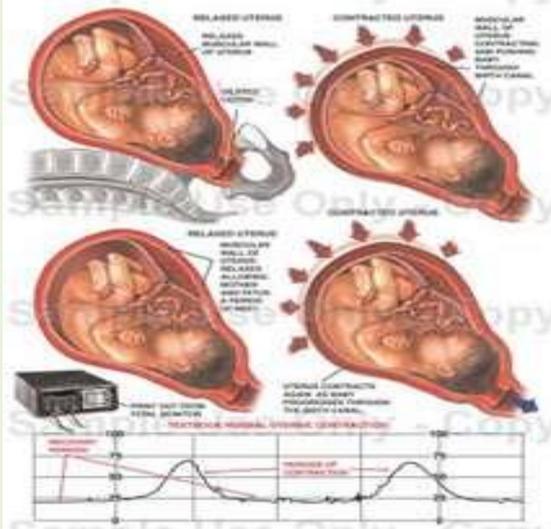


4. Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

Copyright © 2010 Medtronic Health Solutions LLC. All rights reserved.

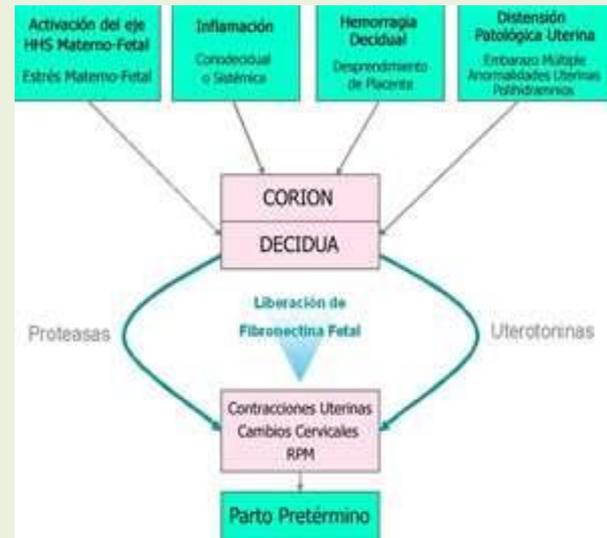
Teorías del parto

Normal Uterine Contractions During Delivery with Fetal Monitoring Strip



TEORIAS DEL PARTO

Consisten en la hipótesis de la abolición del mantenimiento del embarazo y la teoría de la inducción del parto por uterotoninas.



Estiramiento

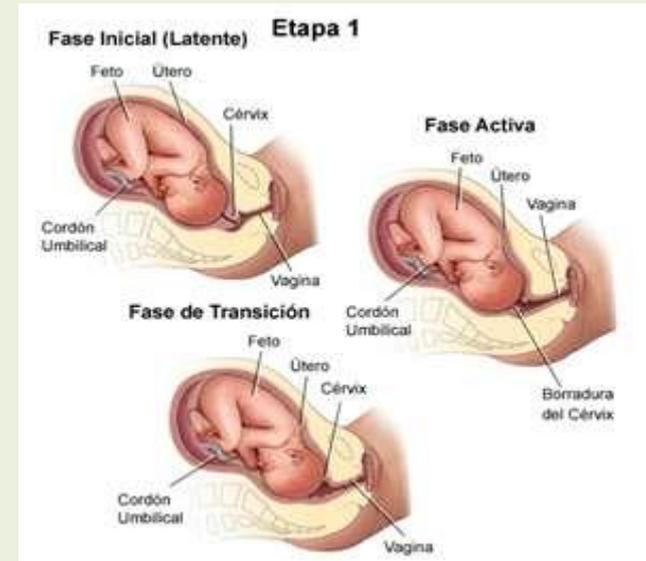
Produce síntesis y aumenta concentración y liberación de prostaglandinas.



Estrógenos.

- Permiten actividad y reactividad ordenada del útero
- Aumentan sensibilidad a oxitocina
- Aumentan las concentraciones miométriales de proteína actomiosina

- ❑ Aumentan la densidad de liberación de neurotransmisores
- ❑ producen liberación y síntesis de PG.

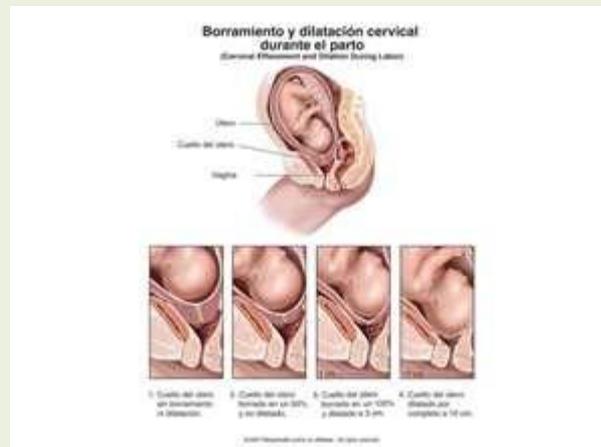


Progesterona

- ❑ Interfiere la conducción eléctrica entre las células miométriales secuestrando Ca en el retículo sarcoplasmico y fomentando la liberación de actina y miosina.
- ❑ Contrarresta los efectos estimulantes tanto de los estrógenos como del estiramiento.

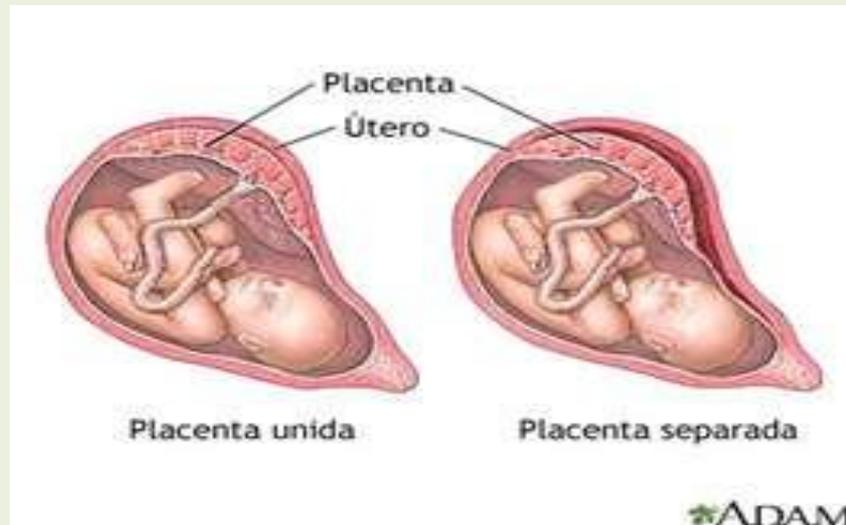
Prostaglandinas

- ❑ Intensifican la actividad y coordinación uterina.
- ❑ Se producen en endometrio, aumentan su concentración de 40 a 60 segundos antes de la otra



Efectos minerales

- ❑ Ca permite las concentraciones uterinas
- ❑ Relaja la fibra al estar en retículo sarcoplasmico



Miometrio

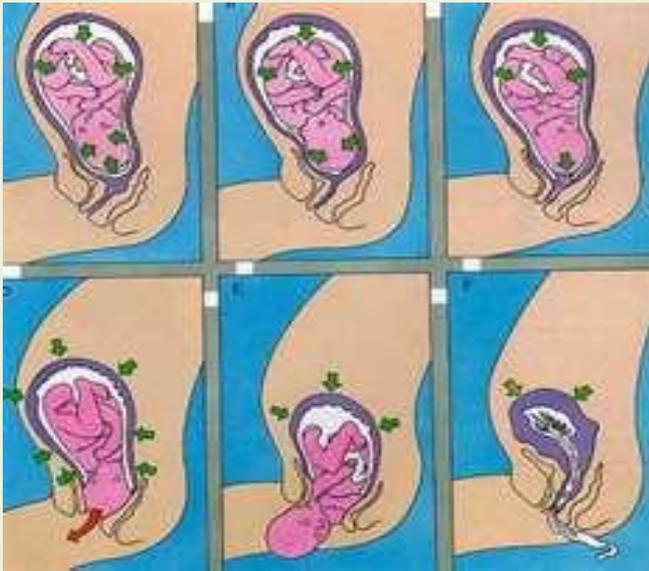
- ❑ Formación de uniones intracelulares que aumentan al final de la gestación para permitir la contracción.

Feto

- ❑ Proporciona el estímulo de estiramiento
- ❑ Hipotálamo, hipófisis y suprarrenal fetales producen cortisol.

Feto

- ❑ Proporciona el estímulo de estiramiento
- ❑ Hipotálamo, hipófisis y suprarrenal fetales producen cortisol.



Oxitocina

- ❑ Facilita el proceso de parto
- ❑ Actúa en el tejido miometrial contribuyendo a la involución del útero al final del trabajo de parto



- ❑ Induce retracción y contracción en útero para prevenir de hemorragias uterinas
- ❑ Durante el puerperio sobre las células mamarias y favorece la excreción de leche



TRABAJO DE PARTO.

- “Es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto.” (JUAN ALLER)



CONTRACCIONES UTERINAS CARATERISTICAS DEL TRABAJO DE PARTO

Etiología

- Hipoxia del miometrio contraído.
- La compresión de los ganglios nerviosos del cuello uterino y la parte inferior del útero por los fascículos musculares entrelazados.
- El estiramiento del cuello uterino durante la dilatación.

PARÁMETROS DE LA CONTRACCIÓN

- **DURACIÓN:** tiempo que transcurre desde que se inicia una contracción hasta que finaliza. Se expresa en segundos.
- **INTENSIDAD:** grado de contracción del útero. Es la diferencia entre el tono basal y el tono de ápice de la contracción (que es el periodo de máxima intensidad. Tanto la intensidad como el tono basal se expresa en mm de Hg

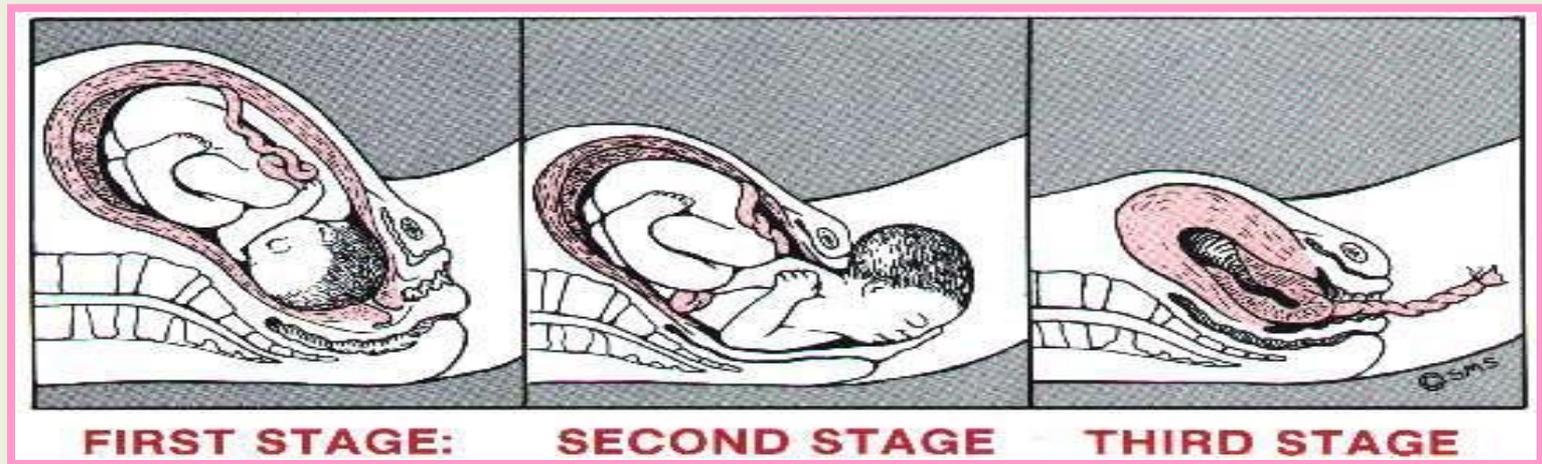


- **INTERVALO:** determina ritmo y frecuencia. Desde que acaba una contracción hasta que empieza la siguiente.
- **TONO BASAL:** es la presión uterina valorada en un momento en que no exista contracción. Es el punto de partida que aunque es sin contracción lo consideramos 20 mm de Hg.



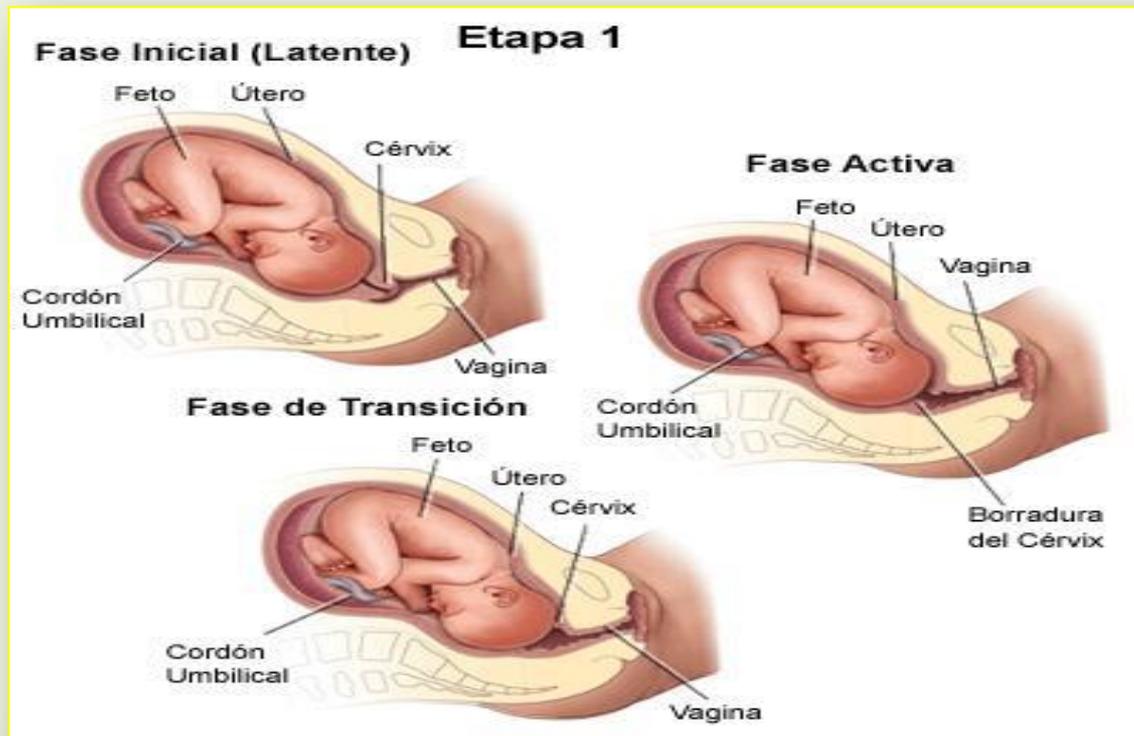
PERIODOS DEL PARTO.

- El trabajo de parto se considera dividido en 3 periodos que mantienen una continuidad clínica.
- **1. Período de dilatación (1ª etapa) -**
- **2. Período de expulsión (2ª etapa) -**
- **3. Alumbramiento (3ª etapa) -**



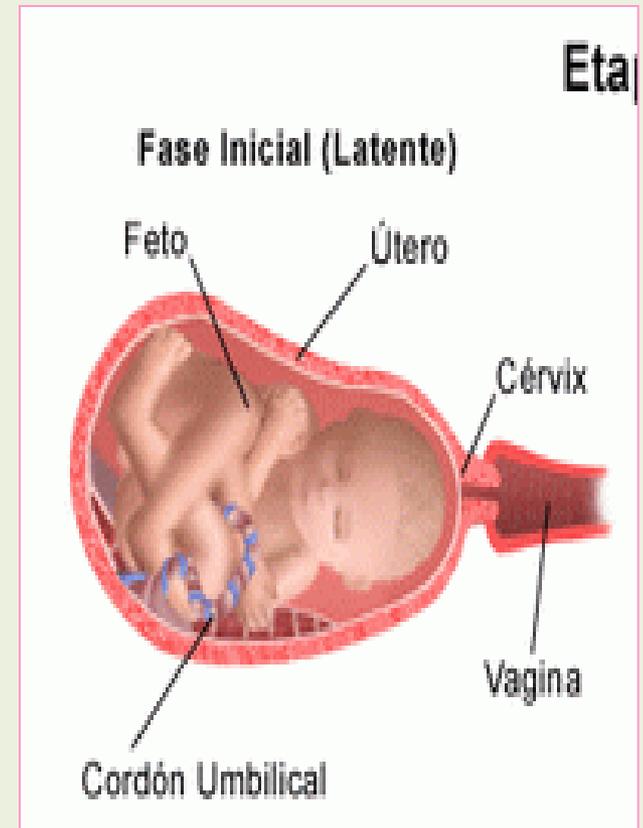
PRIMERA ETAPA

Empieza cuando comienzan las contracciones uterinas del parto, y termina cuando se alcanza la dilatación completa. Su duración total es de 14 hrs en las primíparas y de 8 en las multíparas.



FASE LATENTE.

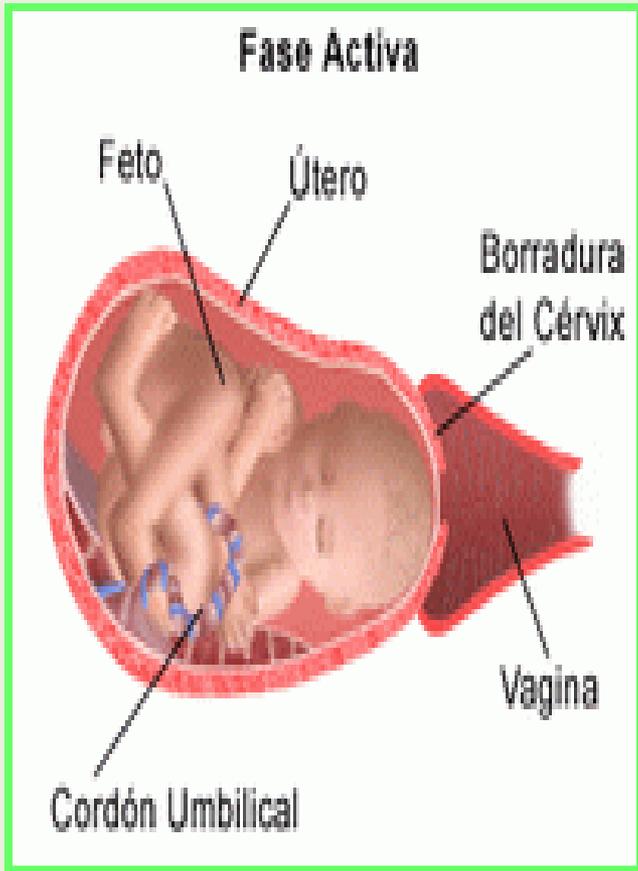
- Es la parte temprana y lenta del parto; empieza con la aparición de contracciones regulares y se prolonga hasta que el cérvix se ha dilatado 4 cm.
- Durante esta fase, las contracciones se estabilizan y generalmente son leves; se presentan cada 10 o 15 min con una duración de 15 a 20 s.



CAMBIOS PSICOLOGICOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

ETAPA	COMPORTAMIENTOS
<p data-bbox="266 561 610 686">FASE LATENTE (1ª etapa)</p> 	<p data-bbox="693 579 1769 961">En este momento la madre siente que puede tolerar las molestias, a menudo sonrío y se siente aliviada por que al fin el parto se ha iniciado. La mujer se encuentra excitada, alerta desea conversar, Es capaz de concentrarse claramente.</p> 

FASE ACTIVA



- Las contracciones son más fuertes y largas, de modo que la dilatación cervical avanza de 4 a 7 cm.
- el descenso fetal continuo, la duración de las contracciones aumenta de 30 a 45 s y cada 5 min, con intensidad de moderada a fuerte.

FASE ACTIVA (1ª etapa)

Comienza a dudar de su capacidad para enfrentarse a las contracciones del nacimiento, experimenta además mayor incomodidad, puede estar irritable y experimentar mayor temor y sensación de perder el control.



- **FASE DE TRANSICIÓN**

Última parte de la primera etapa. La dilatación cervical continua a paso lento (de 8 a 10 cm) pero alcanza su punto máximo .Las contracciones se vuelven más frecuentes más largas (de 60 a 90 s) y más intensas.



FASE DE TRANSICIÓN (1ª etapa)



La madre podría mostrar una disminución en su capacidad de afrontamiento de las contracciones y el dolor. A menudo la mujer se pone muy inquieta, tiene sensación de aturdimiento, cambia de posición con frecuencia y se siente abandonada. Podría sentirse irritable y no desear que se le toque durante las contracciones. Le es difícil seguir instrucciones.

PERÍODO EXPULSIVO (2ª ETAPA)

- Comienza cuando el cuello uterino esta totalmente dilatado (10cm) y termina con la expulsión del feto.



PERÍODO EXPULSIVO (2ª
ETAPA)

La madre está más tranquila y muy concentrada en la próxima llegada de su hijo.



ALUMBRAMIENTO (3ª ETAPA)

- Este comienza inmediatamente después de la expulsión del feto y finaliza en la expulsión de placenta y membranas fetales. Su duración máxima se estima en 30 minutos



ALUMBRAMIEN
O (3ª ETAPA)

La madre se concentra en el recién nacido, está entusiasmada por el nacimiento, y se siente aliviada.



DESPRENDIMIENTO.

- Es el resultado del brusco vaciamiento uterino: las fibras musculares uterinas, al ceder súbitamente de la distensión, y al ser elásticas, se acortan reduciendo la superficie endometrial.



EXPULSIÓN

- La contracción del útero después del parto sirve no solo para producir la separación de la placenta sino también para controlar la hemorragia uterina.

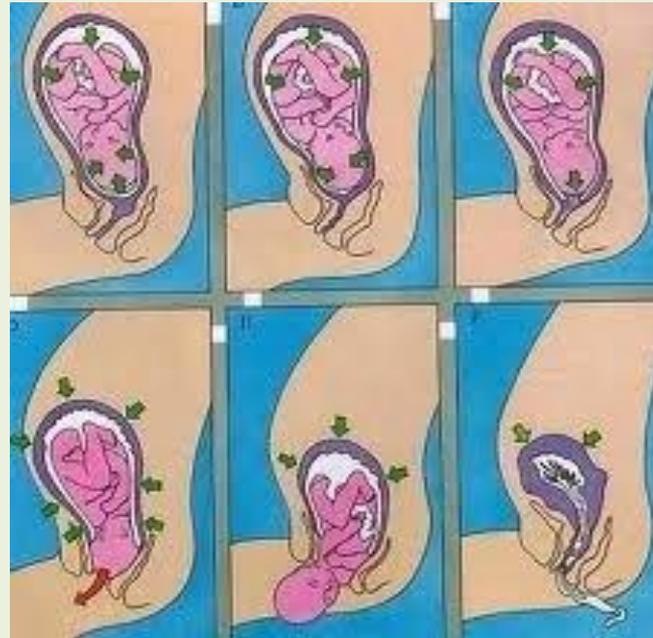
- Como resultado de esta contracción de las fibras musculares uterinas, se cierran los innumerables vasos sanguíneos que se encuentran entre sus aberturas. Por tanto se produce cierto grado de hemorragia

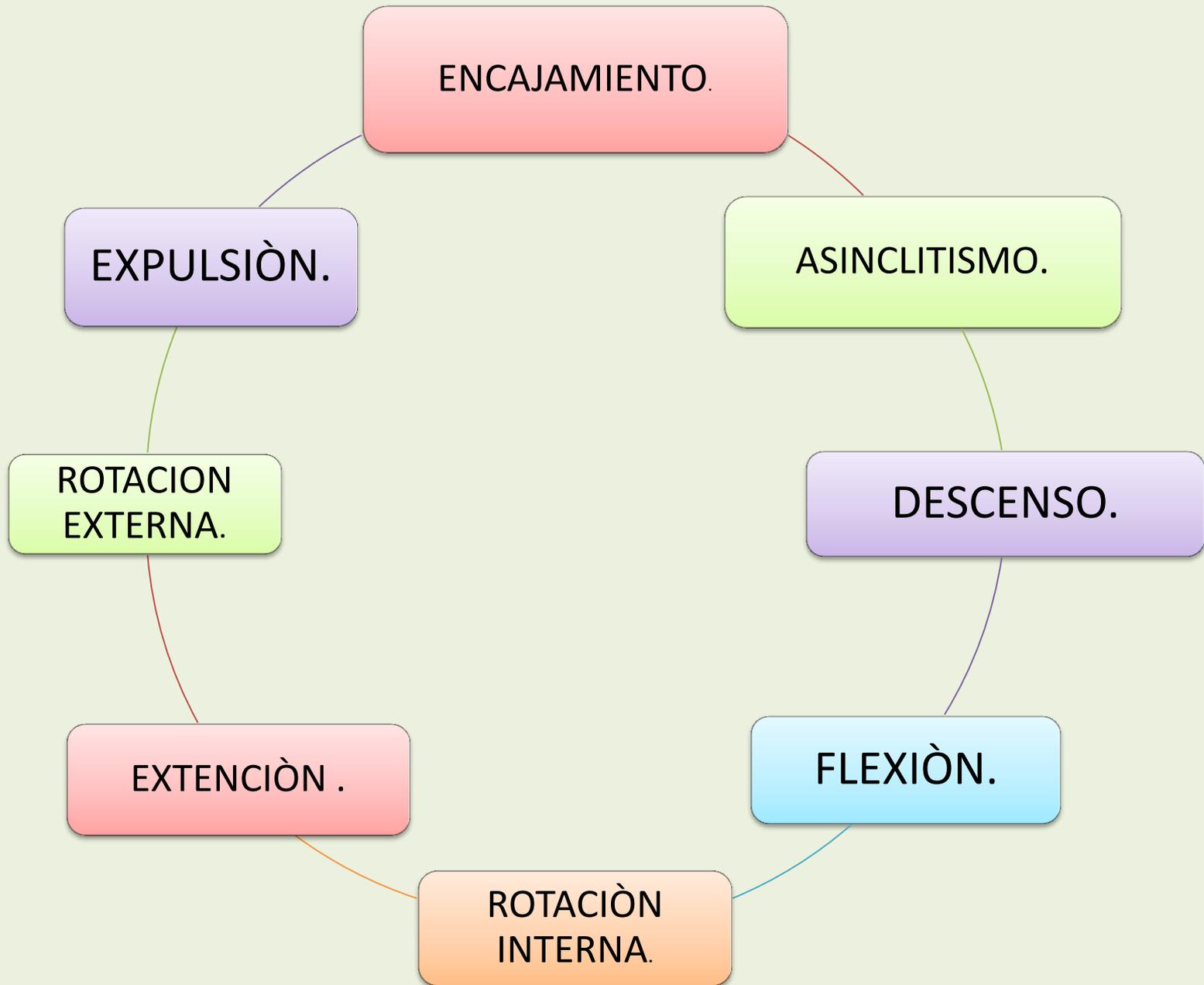
PERIODO DE PUERPERIO

- La primera hora de puerperio que en ocasiones se denomina cuarta etapa del trabajo de parto, o de recuperación es el momento en que se logra la restauración de la estabilidad fisiológica.



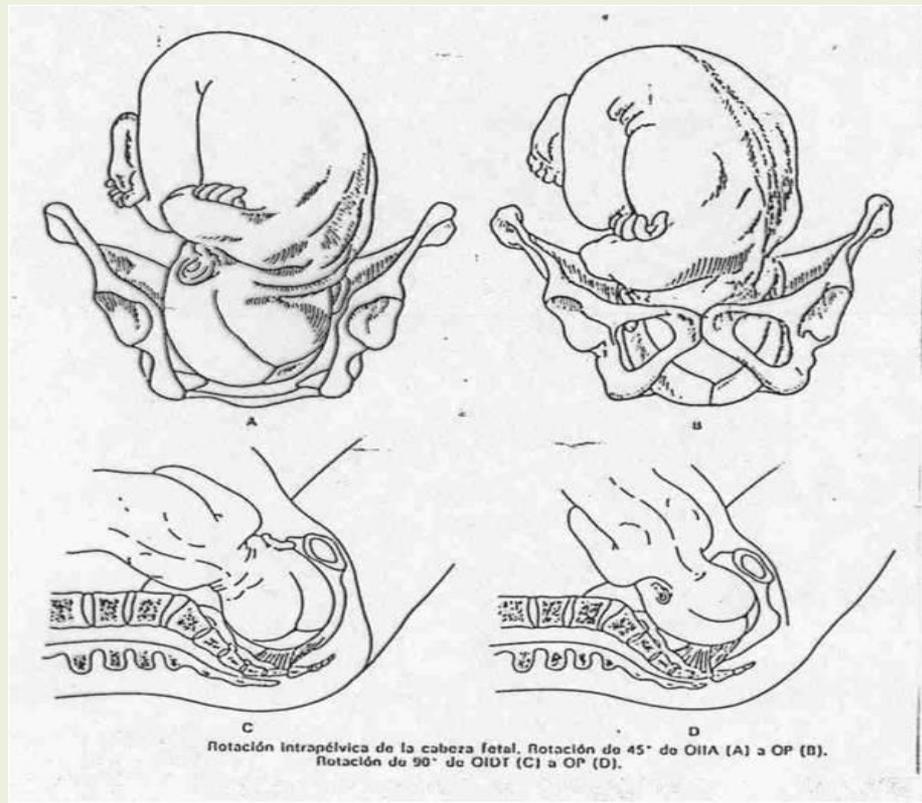
MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO





ENCAJAMIENTO

- Consiste en la adaptación del polo cefálico al estrecho superior de la pelvis. Ambos parietales pueden entrar a la vez en la pelvis.



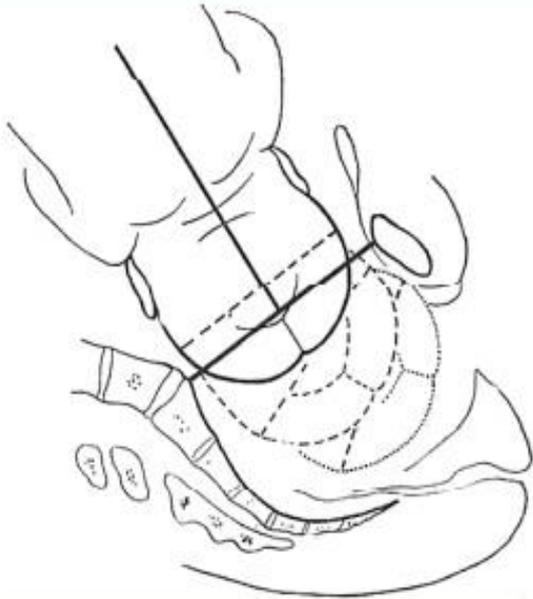
ASINCLITISMO

La sutura sagital se desvía en dirección posterior o anterior. Esta desviación lateral de la cabeza fetal hacia una posición mas anterior o posterior en la pelvis se conoce como asinclitismo.

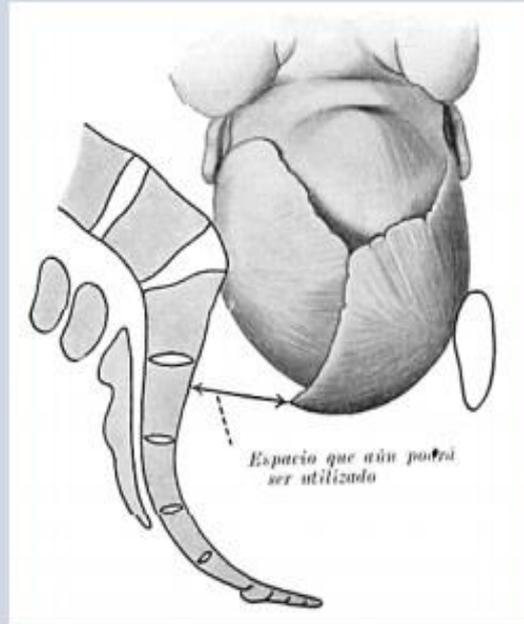
Si la sutura sagital se acerca al promontorio sacro será un asinclitismo anterior

Si la sutura sagital se encuentra mas cerca de la sínfisis pubiana será asinclitismo posterior

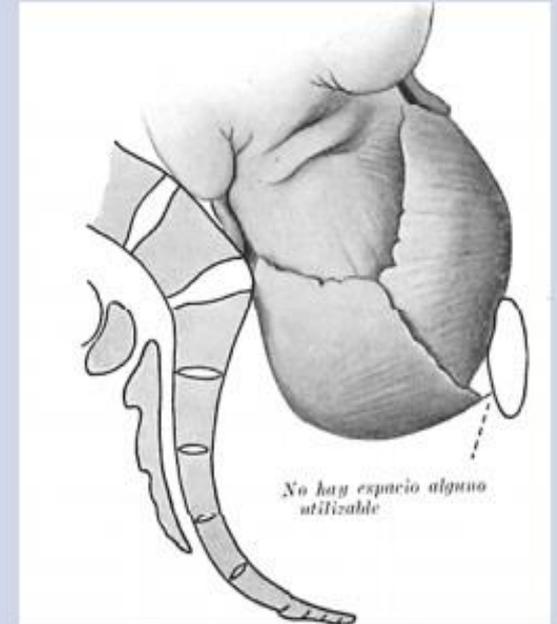
SINCLITISMO



ASINCLITISMO ANTERIOR



ASINCLITISMO POSTERIOR



DESCENSO

La cabeza desciende sin modificaciones llegando al piso perianal tal como se encaja

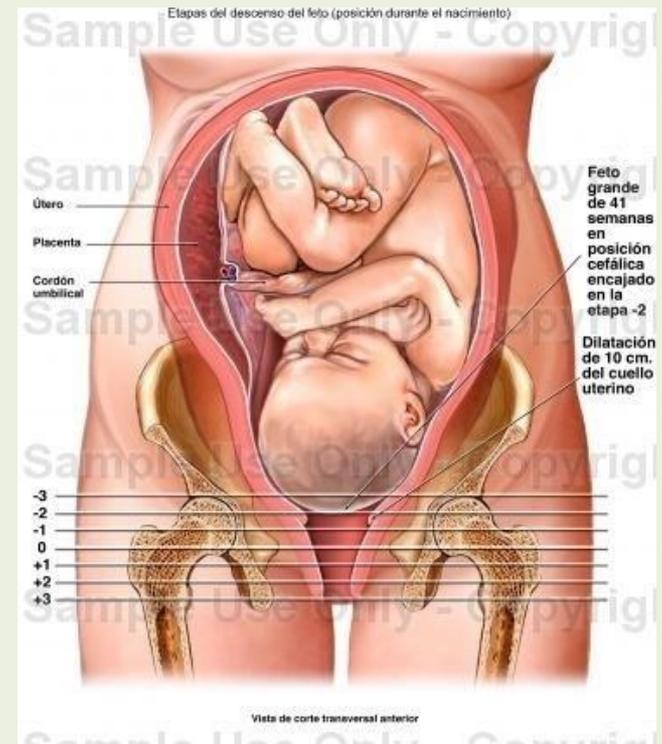
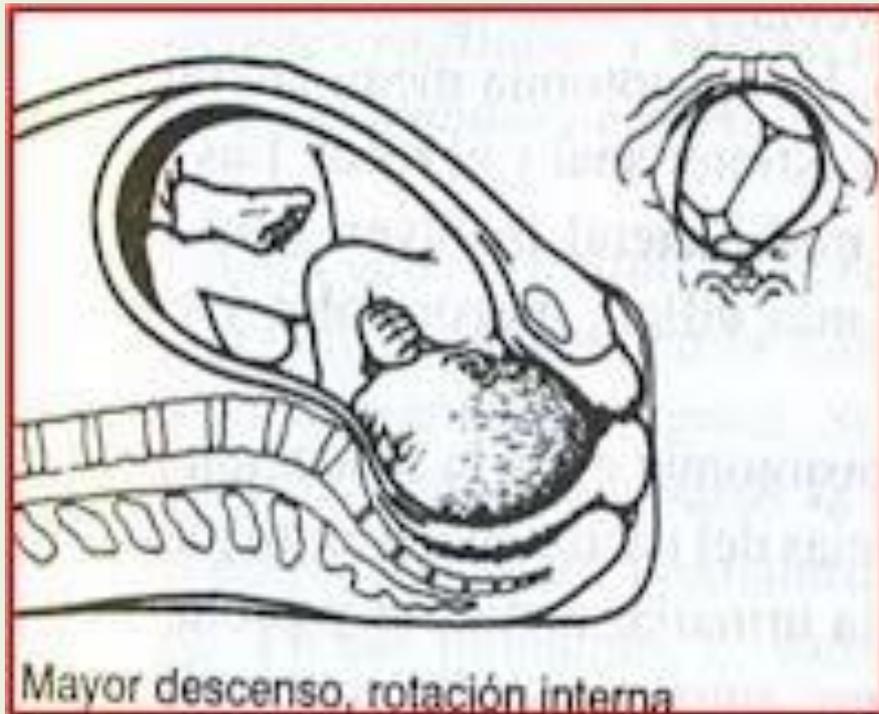
CONSECUENCIA DE.

* Presión ejercida por el líquido amniótico.

* Presión directa ejercida por el líquido amniótico sobre las nalgas fetales durante las contracciones uterinas

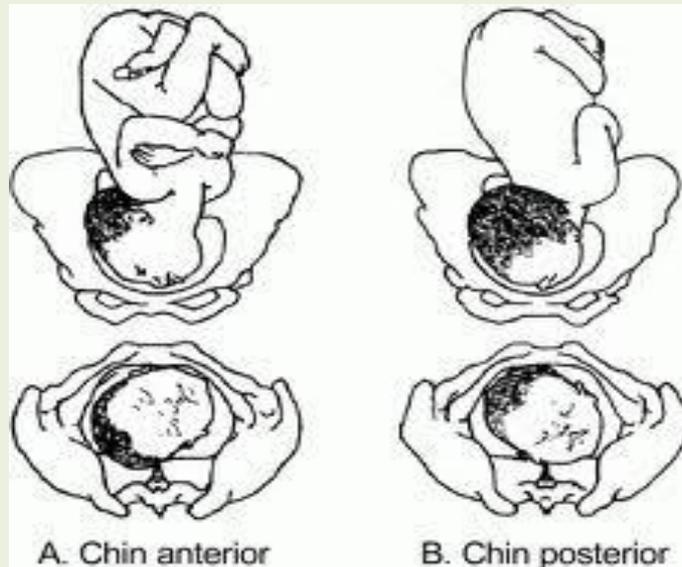
Los pujos de la madre secundarios a la contracción de los muslos abdominales

Extensión y el enderezamiento del cuerpo fetal



FLEXION

- Al flexionarse la cabeza, el mentón contacta con el tórax y el feto opone a la pelvis una circunferencia cefálica.
- El feto se estira y desaparece la convexidad dorsal y las extremidades se acercan al cuerpo lo anterior disminuye el diámetro fetal que pasa por la pelvis materna



ROTACION INTERNA

Determina que el vértice del cráneo pase en forma gradual de su posición original a una mas anterior o con menor frecuencia a una posición mas posterior .

Es esencial para que el trabajo de parto pueda completarse.



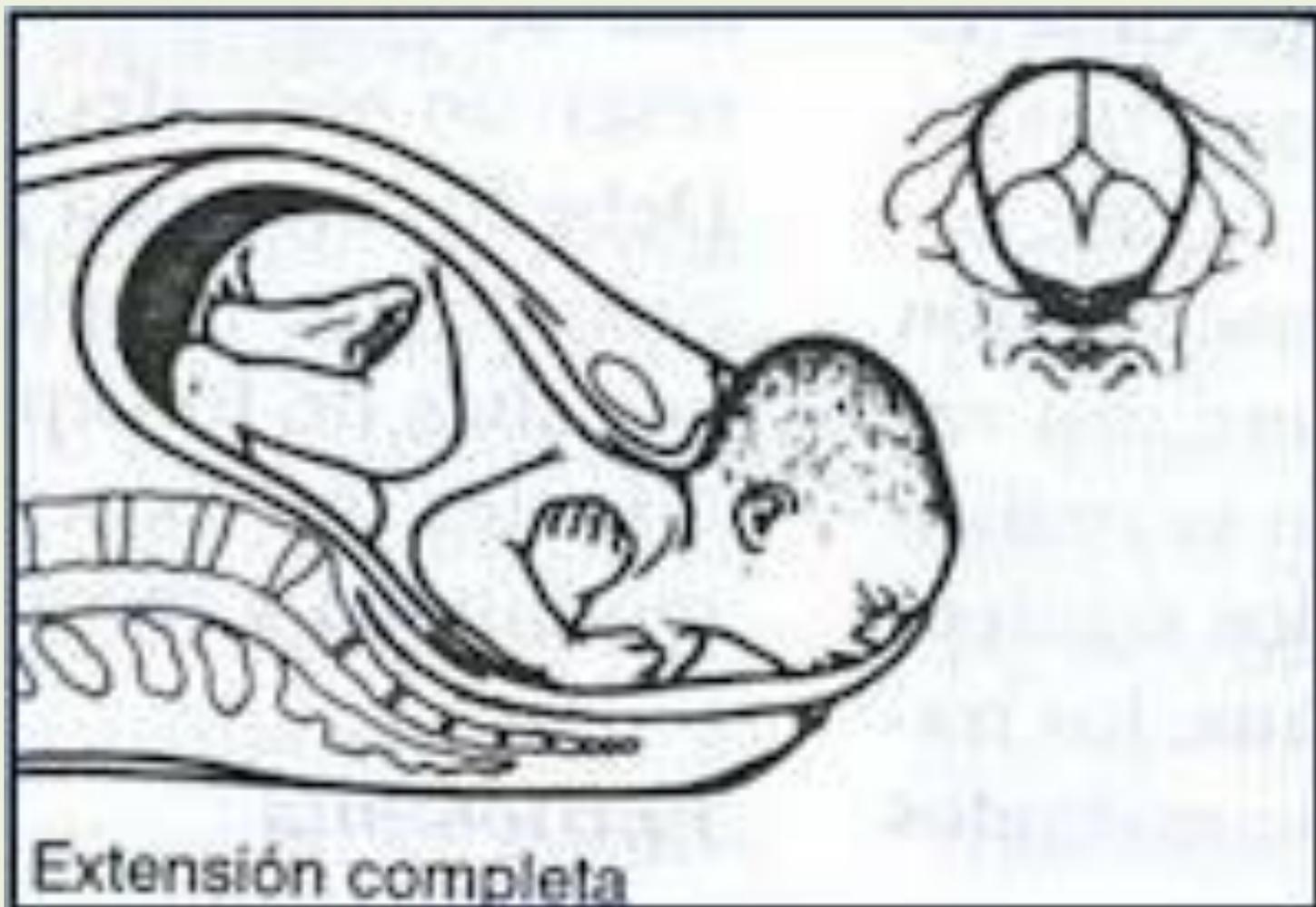
EXTENSION

Determina que la base occipital, entre en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis pubiana

Dado que el tracto de salida vulvar se dirige hacia arriba y adelante, la extensión debe producirse antes de que la cabeza fetal lo atraviese

En el momento en que la cabeza fetal comprime la gotera pelviana entran en juego dos fuerzas principales.

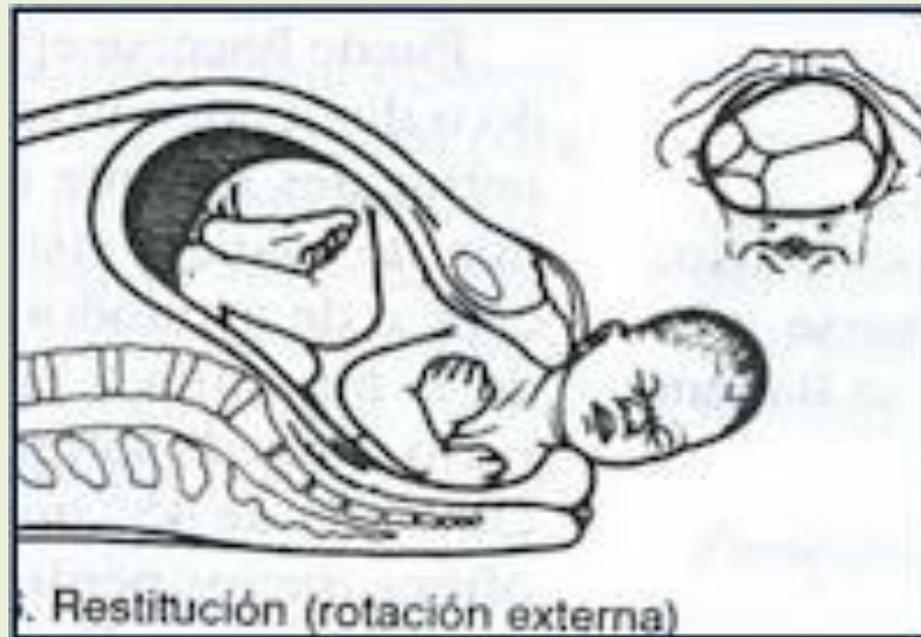
La primera es ejercida por el útero y actúa en un nivel mas posterior; la segunda proviene del piso pelviano resistente en la sínfisis y actúa en un nivel mas anterior.



ROTACION EXTERNA

- La cabeza vuelve a rotar, ya en el exterior, recuperando la posición inicial, con la sutura sagital en posición transversa .

Este giro es propiciado por la rotación de los hombros.



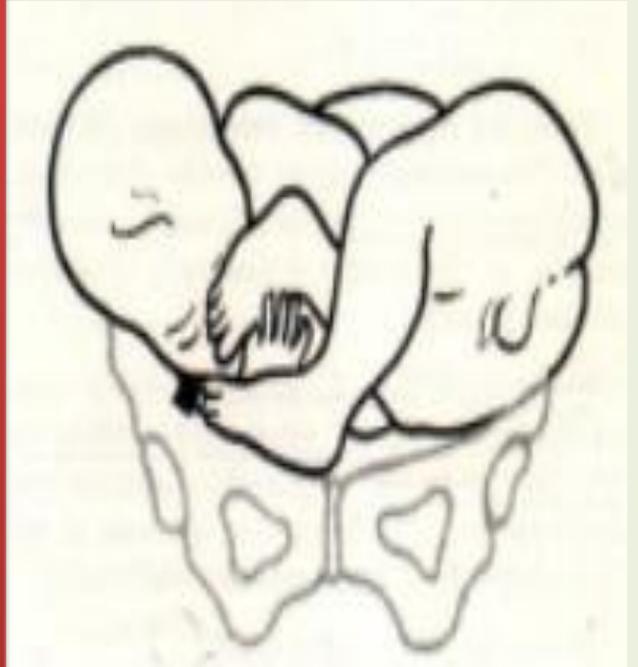
EXPULSION

- Tiene lugar cuando el hombro anterior se desplaza inmediatamente debajo de la sínfisis del pubis.
- El hombro posterior debe ser expulsado cuidadosamente para evitar el desgarro perianal y entonces el hombro anterior y el resto del cuerpo siguen fácilmente.



POSTURA DEL FETO

- Relación entre el eje longitudinal fetal y el eje longitudinal de la madre.
- Se observa en mas de un 99% de los embarazos a termino.
- Los factores predisponentes para la postura transversal comprenden multiparidad, placenta previa, hidramnios y presencia de anomalías uterinas.





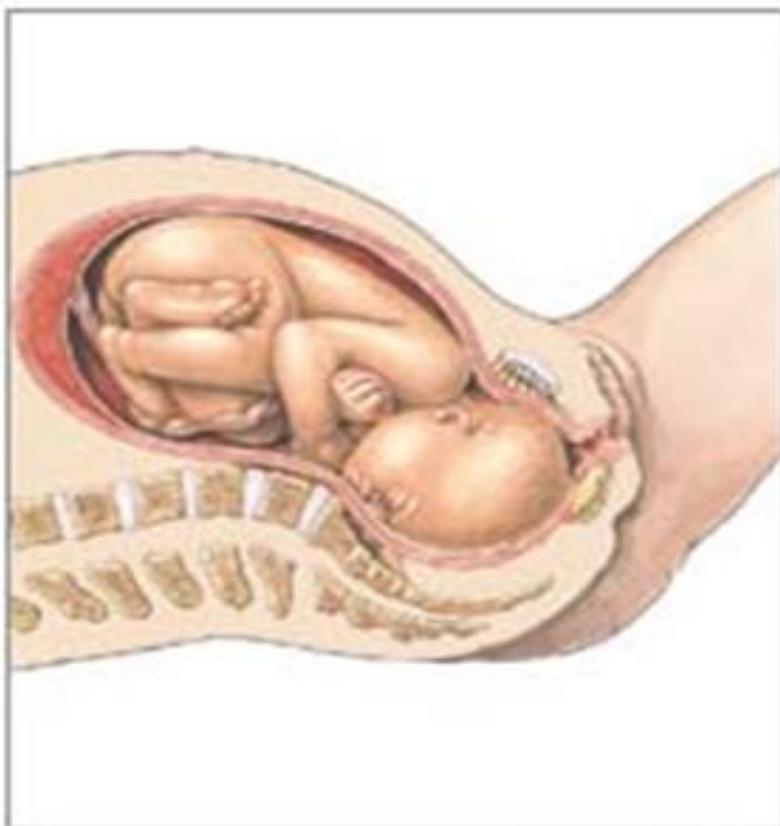
PRESENTACIÓN DEL FETO

Parte del cuerpo fetal que se encuentra mas avanzada en el interior del canal del parto o mas cerca de el

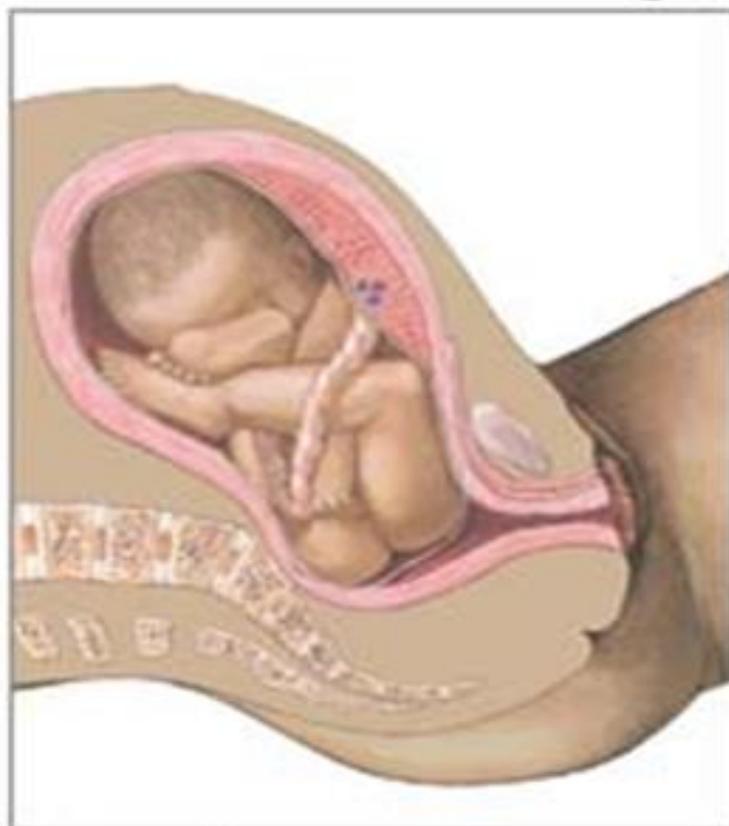
En el caso de una postura longitudinal, la parte de la presentación esta presentada por la cabeza o las nalgas fetales.

En el caso de una postura transversal, la parte de presentación es el hombro .

Presentación cefálica



Presentación de nalgas



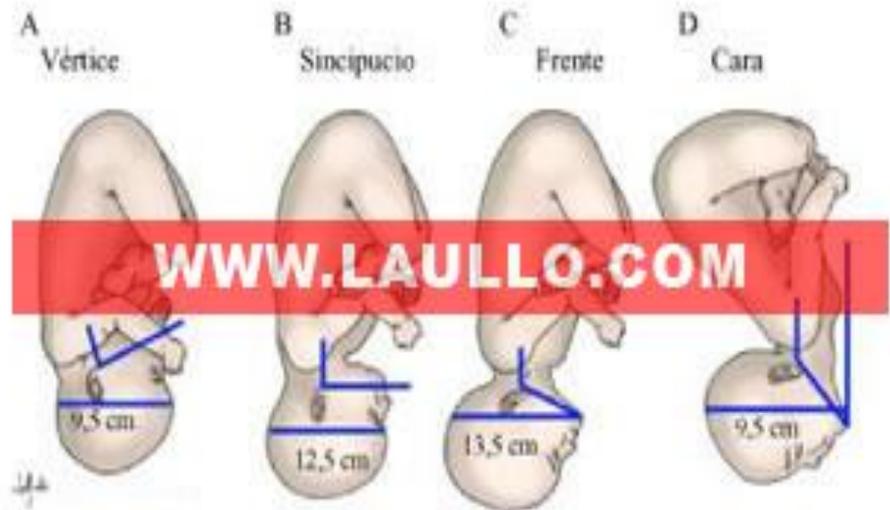
La presentación de parto es la posición de la parte del feto que aparece primero (cabeza, pies, etc.) a medida que éste baja por el canal del parto

Presentación cefálica

- Se clasifica según la relación entre la cabeza y el cuerpo fetales.

La cabeza esta flexionada por completo y el mentón entra en contacto con el tórax fetal.

La parte de la fontanela occipital y la presentación suele conocerse como de vértice.



El vértice se encuentra por delante de la fontanela occipital y el occipucio se localiza inmediatamente por detrás de la fontanela

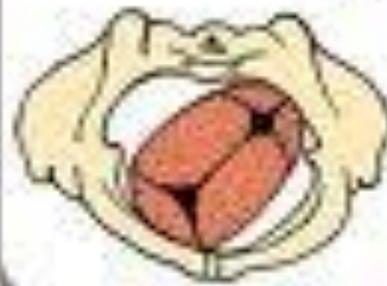
El cuello fetal se encuentra en extensión completa, de manera que la parte posterior de la cabeza entra en contacto con la espalda y la parte se introduce en primer termino en el canal el parto es la cara

La cabeza fetal puede adoptar una posición intermedia entre las dos mencionadas: la flexión parcial, en cuyo caso la parte de presentación será la fontanela anterior, o bregmática, o en extensión parcial, en esta circunstancia las partes de presentación serán las cejas.

LOA



ROA



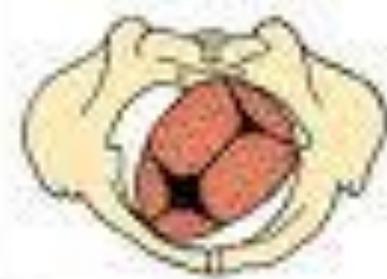
LOT



ROT



LOP

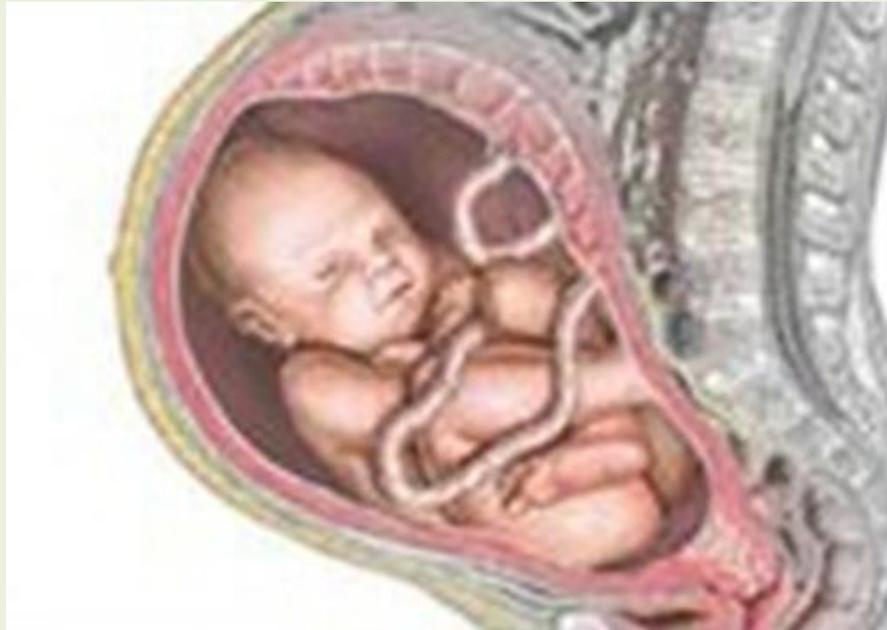


RCP

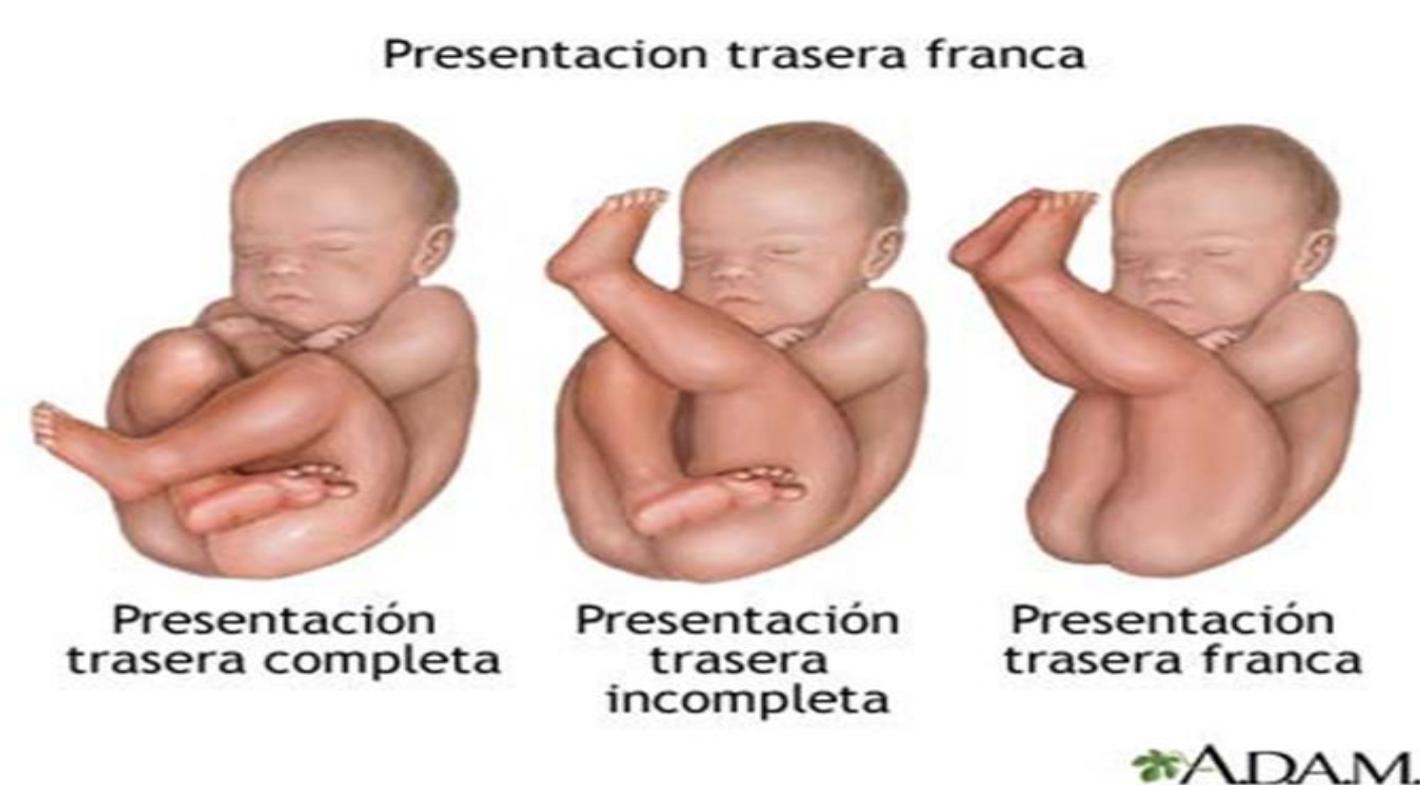


Presentación de nalgas

- Presentación con muslos flexionados y las piernas extendidas sobre la superficie anterior del cuerpo (presentación de nalgas franca).
- Presentación con los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas flexionadas sobre los muslos (presentación de nalgas completa)



- En caso de que uno o ambos pies, o una o ambas rodillas, se encuentren en la posición mas baja (presentación de nalgas incompleta)



ACTITUD DEL FETO

- Relación de la partes del feto entre si.
- Consiste en una flexión de la cabeza hacia adelante, con flexión y plegamiento de las cuatro extremidades sobre el abdomen, adoptando una forma ovoidea



POSICION DEL FETO

Relación que existe entre el dorso fetal y la pared abdominal de la madre.

En cada presentación puede haber dos posiciones, derecha o izquierda.

Es una indicación mas especifica de la relaciones cefalopelvicas.

- Lado derecho (D) o izquierdo (I) de la pelvis materna.
- Punto de referencia de la parte de la presentación fetal: occipucio (O), sacro (S), mentón o cara (M), hombro y acromion (H)

- Ubicación del punto de referencia designado respecto a la cara anterior o posterior de la pelvis materna, o en relación con el diámetro transversal de la pelvis materna
- La posición occipital anterior izquierda y la anterior derecha son las comunes y facilitan la progresión normal del trabajo de parto.

- Las seis posiciones posibles:
 1. Occipital anterior izquierda (LOA)
 2. Occipital posterior izquierda (LOP)
 3. Occipital transversa izquierda (LOT)
 4. Occipital anterior derecha (ROA)
 5. Occipital posterior derecha (ROP)
 6. Occipital transversa derecha (ROT)

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO



PRIMERA ETAPA: DILATACIÓN

- Se transfiere a la paciente a la sala de expulsión
- Se verifican los signos vitales
- Medir TA entre contracciones, con la paciente acostada en posición decúbito lateral izq.
- Revisar cada 15 min los ruidos fetales
- Hacer una breve historia clínica (en partos pasados)
- Hacer una breve historia de su actual embarazo
- Hacer una breve historia de su trabajo de parto
- Se observa si hay edema
- Palpar contracciones uterinas y se mide el tiempo entre ellas
- Si hay rotura de membranas se hace un examen con papel de nitrazina (para descartar incontinencia urinaria) y se registran datos
- Si hay rotura de membranas con derrame de líquido, se anota el momento de la rotura, color de líquidos
- Inmediatamente después revisar ruidos cardíacos fetales y efectuar un tacto vaginal para descartar prolapso del cordón umbilical y para valorar el avance de trabajo de parto

- Si el parto es inminente, se realiza examen vaginal para valorar trabajo de parto
- Se toma una muestra de orina y se examina con una tira reactiva para proteínas (el moco cervical, liq. Amniótico y la sangre dan resultados positivos)
- Si hay preeclampsia se coloca sonda vesical
- Se coloca una línea intravenosa de gran calibre con solución Ringer
- Se toma muestra de sangre para hematimetría completa y estudios de grupo sanguíneo, Rh y análisis de anticuerpos (para determinar si es necesario administrar inmunoglobulina Rh, prueba de VDRL o RPL y análisis toxicológico, si se indica.
- Explicar a la paciente y sus familiares todos los procedimientos, resultados y plan terapéutico

SEGUNDA ETAPA: Preparación del parto

- Se acuesta a la paciente sobre su lado izq.
- Se administra oxígeno suplementario por medio de cánula nasal
- Si no se ha hecho instalar una vía venosa de gran calibre con solución Lactato Ringer
- Si no se ha hecho, tomar muestra de sangre
- Se ayuda a la paciente para que vacíe su vejiga
- Si es necesario se instala una sonda vesical
- Se revisa presión arterial, pulso y respiración de la madre cada 30 min.
- Escuchar ruidos fetales después de cada contracción. Por lo menos escucharlos cada 5 min

Atención del parto:

- Ayudar a la paciente a colocarse en una posición cómoda
- Con palpación del útero y hablando en tonos suaves y bajos a la madre, se le ayuda a pujar al sentir las contracciones
- Cuando la cabeza empieza a salir, se indica a la madre que sople entre las contracciones
- Si las membranas continúan intactas, la persona que atiende el parto debe romper las membranas en este momento con pinzas Kelly.
- Se observa el color del líquido: si tiene un tinte verde o amarillo se trata de meconio
- Con la palma de la mano, la persona que atiende el parto debe hacer contrapresión constante a medida que sale la cabeza, de manera que empuja tan lentamente como sea posible.
- Una vez que sale la cabeza, ordenar a la madre que sople (y que no puje)
- Buscar el cordón umbilical, tirar del asa hasta la cabeza, cuando esta es muy corta colocar un par de pinzas Kelly en dos lugares distintos y se corta el cordón entre las pinzas, desenrollarlo del cuello
- Se acuesta al niño directamente sobre el estomago de la madre, piel con piel y se le cubre con una frazada caliente
- Se toma nota de la hora de nacimiento

TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

La placenta esta lista para el alumbramiento

- Nunca descuidar la vigilancia del perineo para detectar hemorragia o signos de desprendimiento de la placenta
- Los cuidados del sangrado por laceraciones perianales o por episiotomía consiste en colocar gasas y hacer presión
- Recuerde que perdidas hemáticas mayores de 500 ml son hemorragia posparto
- Vigilar signos de que la placenta se esta desprendiendo y que esta lista para el alumbramiento: Elongación del cordón umbilical, un breve chorro hemorrágico, elevación del útero a medida que la placenta se desprende.

DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LA PLACENTA

- Persona que atiende el parto debe colocar una mano justo arriba de la sínfisis del pubis, previniendo posible prolapso y eversión uterina con el alumbramiento. Con la otra mano, se debe aplicar presión constante hacia abajo sobre la pinza colocada en el cordón umbilical
- Si la placenta comienza a salir, tan pronto como aparezca en el introito se levanta el cordón umbilical, para que siga el conducto del parto, después se coloca en una bolsa amarilla
- Se registra la hora del parto de la expulsión de la placenta y si fue expulsada por el lado opaco o con el lado brillante hacia arriba.

DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO

Con la contracción del útero debe lograrse la hemostasia:

- Se aumenta el flujo de la línea intravenosa para instalar 10 a 40 unidades de oxitocina.
- Se da masaje al útero
- Hay que inspeccionar la placenta para comprobar que esté completa y sea normal
- Si se tiene que tomar muestras de sangre del niño, con la que hay en la placenta se llenan tubos de ensayo: 2 con tapa o etiqueta roja, uno con color púrpura y otro de roja
- De no ser así, se voltea la placenta con el color púrpura hacia arriba y se extrae la sangre con jeringa y aguja de los grandes vasos
- Se guardan la placenta en doble bolsa y se transfiere junto con las muestras de sangre

PRIMERA HORA DEL PERIODO POSPARTO: Atención a la madre

- Se revisan signos vitales cada 15 min, en 4 ocasiones, después cada hora en cuatro ocasiones.
- Cada 15 minutos si la paciente no se encuentra estable
- Se observa la cantidad de sangrado en el perineo
- Dar masaje al útero para expulsar coágulos
- Coloque a la madre en posición cómoda
- Aplique dos apósitos y una toalla seca para observar el sangrado vaginal
- Se debe ofrecer el cómodo a la paciente
- Si la hemorragia es grave: Se mantiene la línea intravenosa con 10 a 40 unidades de oxitocina por litro de solución cristaloide, con paso rápido para el primer litro y disminución progresiva hasta 125 a 200 ml/hr, con los siguientes litros de solución si la hemorragia disminuye
- Para pacientes hipertensas la mejor posición es sobre el lado izquierdo
- Alerta para detectar signos de preeclamsia, los cuales se pueden detectar durante las primeras 24 horas después del parto
- Observar el aspecto emocional de la primera hora del periodo posparto que es decisiva por el proceso de vinculación madre-neonato
- Se deja a la madre que cargue al neonato
- Si la madre planea darle el pecho, proporcionar orientación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez Alonso Félix, Obstetricia para la Enfermera Profesional, 1ª ed., Ed. Manual Moderno, México, 2002
- Mattson Judy, Smith Judy E., Enfermería Materno Infantil, 2ª ed., ED. Mc Graw-Hill, México, 2001
- Ahued Ahuer J. Roberto, Ginecología y Obstetricia, ed . 1ª , Ed. JGH editores
- Murphy Goodwin T., Diagnostico Y Tratamiento Ginecoobstétrico, ed. 9ª, Ed. Manual Moderno

- Obstetricia de Williams, ed. 22^a , Ed. Mc. Graw-Hill, México, 2006
- Ingalls A. Joy, Enfermería Materno infantil y Pediatra, 1^a ed., Ed. Grupo Noriega, México, 1991
- Scinclair Constance, Manual de Urgencias Obstétricas, 1^a ed., Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, México, 1998