

SEMINARIO 1.1: MECANISMO Y ASISTENCIA AL PARTO

CUÁNDO SE DICE QUE UNA MUJER ESTÁ DE PARTO:

Según los criterios de Calkins, *se dice que una mujer está de parto* cuando *presenta una buena dinámica espontánea (2-5 contracciones en 10 minutos) y el cuello uterino tiene una dilatación mínima de 3 cm*, independientemente de la integridad o no de la bolsa de las aguas. A esta definición cabe añadir que *en la primípara el cuello debe estar borrado*.

POSIBILIDADES DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN:

Parto espontáneo: Como su nombre indica, lo inicia espontáneamente la paciente.

Parto inducido o inducción: Aquél que provocamos (amniorrexis + perfusión de oxitocina) desde un principio: Paciente sin dinámica y sin modificaciones del cuello uterino. Es lo mismo que decir parto provocado.

Parto estimulado o estimulación: Aceleración del inicio del parto (amniorrexis + perfusión de oxitocina) durante el período prodrómico o de latencia, en el que o bien existe dinámica uterina o unas condiciones del cuello uterino muy favorables.

Cesárea electiva: Ante determinadas circunstancias de la paciente se decide evitar la progresión del parto y se decide la terminación del embarazo directamente por vía abdominal (ejemplo: una primípara con feto de nalgas)

CAMBIOS CERVICALES:

a) **Borramiento** (-afinamiento): Hace referencia al acortamiento la porción vaginal del cuello uterino, hasta la desaparición del mismo, de tal suerte que, con el borramiento completo, el cuello queda convertido en un simple orificio central de bordes finos (en "papel de fumar"). Se expresa como cuello formado, semiborrado o borrado, o expresando el porcentaje de la longitud existente (p.ej. cuello 40% borrado)

Cabe diferenciar el borramiento del afinamiento, que es la pérdida de grosor cervical, entendiendo como tal la longitud completa del canal cervical: Un cuello puede estar borrado, pero grueso (no afinado).



Cuello borrado y fino (primípara)



Cuello borrado y grueso (múltipara)

b) **Dilatación:** El orificio cervical interno inicialmente mide unos pocos milímetros

Prof. J.V. RAMÍREZ.

en los que no cabe un dedo. Con la dinámica se inicia su dilatación que se expresará por los dedos que caben en el mismo sin forzarlo: Punta de dedo, dedo justo, dedo holgado, dos dedos, y luego por centímetros hasta la dilatación completa (10-12 cm), en que no se palpa cuello alrededor de la presentación.

c) **Centralización:** Al inicio del parto el cuello se encuentra en posición posterior respecto al eje de la vagina, centralizándose a medida que evoluciona el parto.

d) **Maduración:** Con el desarrollo del parto cambia la consistencia del cuello uterino, que se va reblandeciendo. Se valora la consistencia por los grados de Calkins:

IV: Como el cartílago de la oreja.

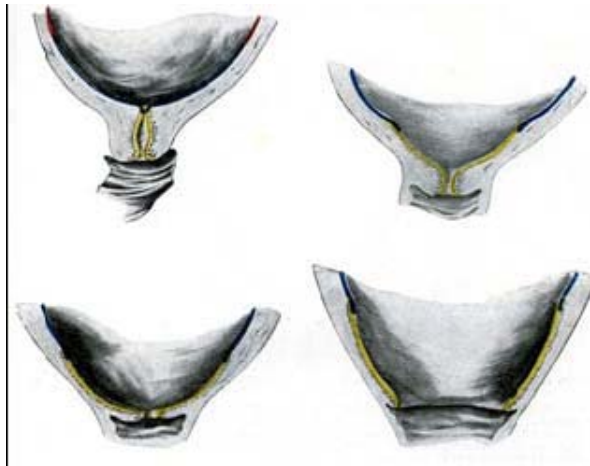
III: Como el cartílago del ala de la nariz.

II: Como el labio.

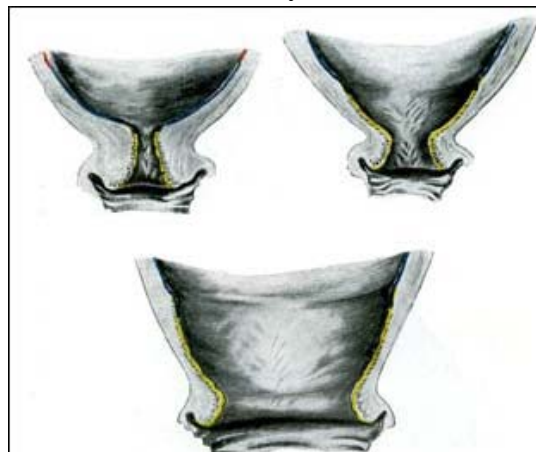
I: Como el higo maduro.

Estos fenómenos son diferentes en primíparas y multíparas:

- Las primíparas borran y afinan el cuello simultáneamente antes de dilatar:



- En multíparas el cuello borra, afina y dilata simultáneamente:



DINÁMICA UTERINA (“LOS DOLORES”):

El primer síntoma que suelen aquejar a las pacientes de parto suele ser la aparición de contracciones como molestias o dolores (aunque la palabra "dolor" debe evitarse en el trato con la gestante y parturienta).

En el parto se inician las contracciones de manera irregular en su intensidad, duración e intervalo de aparición: Si la paciente se acuesta en decúbito lateral y se administra un espasmolítico desaparece toda dinámica parásita, persistiendo las auténticas contracciones de parto, que poco a poco se van regularizando.

Al inicio del parto se tienen ya alrededor de 2-3 contracciones/10 minutos, que poco a poco aumentan hasta las 3-5 contracciones/10 minutos durante el mismo.

OTROS SÍNTOMAS:

Expulsión del tapón mucoso: Al inicio del acortamiento y dilatación del cuello uterino se expulsa su tapón mucoso, como una mucosidad más o menos sanguinolenta. Es un signo prodrómico que no indica que se haya iniciado el parto, que aún puede tardar algunos días.

Amniorrexis: Rotura de la bolsa de las aguas, espontánea o artificial. No indica necesariamente que se haya iniciado el parto.

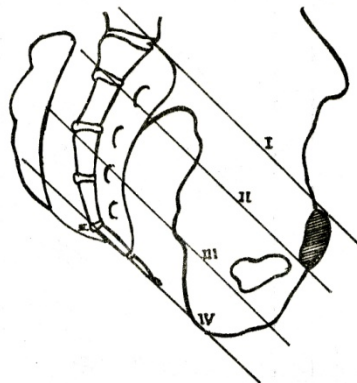
Cabe valorar el aspecto del líquido amniótico, que debe ser claro y transparente, debiendo sospecharse sufrimiento fetal ante aguas meconiales.

Reducción de movimientos fetales.

Reducción de altura del fondo uterino.

DESCENSO DE LA CABEZA. ENCAJAMIENTO:

De acuerdo con los planos de Hodge, tiene lugar en varios periodos del parto, con frecuencia incluso tras el parto o a finales de la dilatación.



Definimos como *encajamiento* cuando el diámetro máximo de la cabeza (presentación) ha superado el estrecho superior de la pelvis y el punto guía se sitúa aproximadamente en III° plano.

PERIODOS DEL PARTO:

- Periodo de latencia.
- Primer periodo: Dilatación.

Prof. J.V. RAMÍREZ.

- Segundo periodo: Expulsivo.
- Tercer periodo: Alumbramiento.
- Cuarto periodo: Hemostasia.

ASISTENCIA AL PERIODO DE LATENCIA:

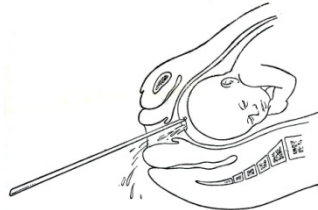
Desde el inicio de la sintomatología hasta el inicio del periodo activo de parto (pródromos):

- Anamnesis materna, entresacando factores de interés obstétrico y de riesgo: Paridad, grupo sanguíneo y Rh, edad gestacional, síntomas al ingreso, patología asociada, etc.
- Controlar bienestar fetal. Auscultación, amnioscopia, c.t.g.
- Control de constantes y biometría maternas.
- Explorar:
 - Modificaciones cervicales.
 - Descenso de la cabeza.
- Controlar dinámica uterina. Eventual perfusión con oxitocina.
- Eventual analgesia.

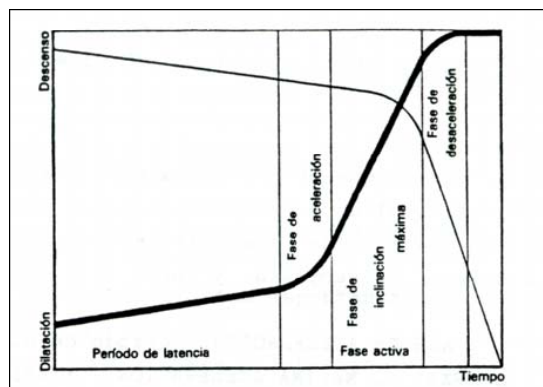
ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACIÓN:

Desde la dilatación cervical de 3 cm a la dilatación completa:

- Controlar bienestar fetal. Auscultación, c.t.g.
- Control de constantes maternas.
- Venoclisis.
- Eventual amniorrexis.



- Paciente en decúbito lateral.
- Explorar:
 - Modificaciones cervicales.
 - Descenso de la cabeza.



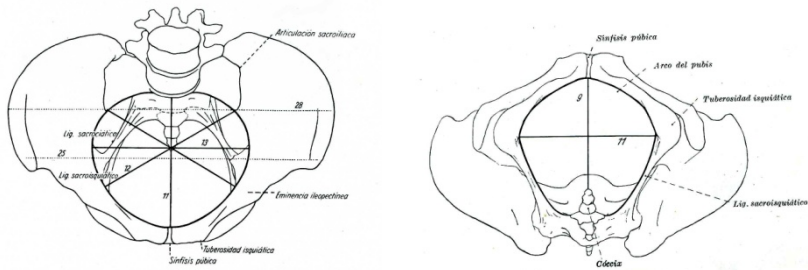
- Controlar dinámica uterina.
- Eventual analgesia o anestesia de conducción.

MECANISMO DEL PARTO:

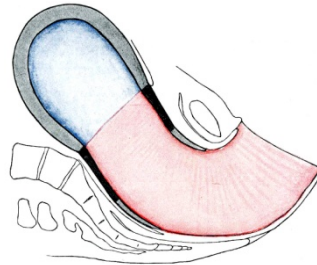
1.-EL CANAL DEL PARTO:

El **estrecho superior de la pelvis** tiene como diámetros mayores el transverso o los oblicuos respecto al anteroposterior.

El **estrecho inferior de la pelvis** tiene como diámetro mayor el anteroposterior respecto al transverso.



El canal del parto forma una línea curva hacia delante (*Línea de Carus*)



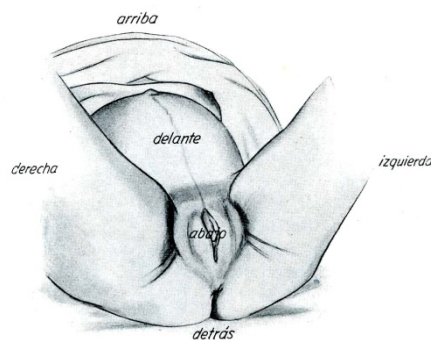
Con la mujer en posición de litotomía llamamos:

Anterior a lo que queda por arriba.

Posterior a lo que está en contacto con el potro.

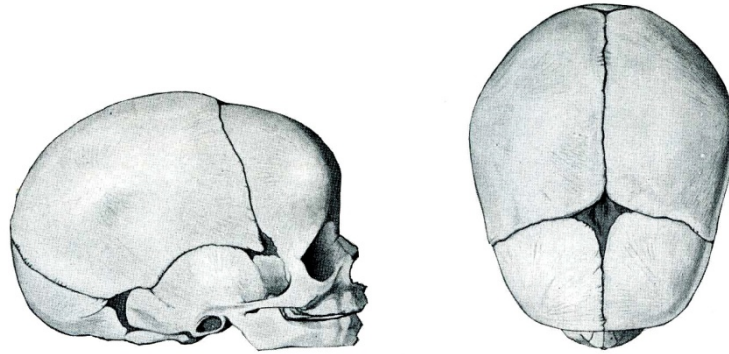
Derecha a la derecha de la madre.

Izquierda a la izquierda de la madre.



2.-EL FETO COMO OBJETO DEL PARTO:

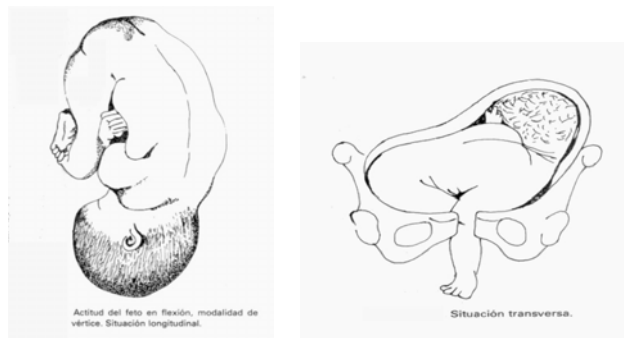
La cabeza del feto tiene como diámetros máximos los anteroposteriores frente a los transversos. Entre los huesos del cráneo se forman las suturas y fontanelas que nos permitirán la orientación al tacto.



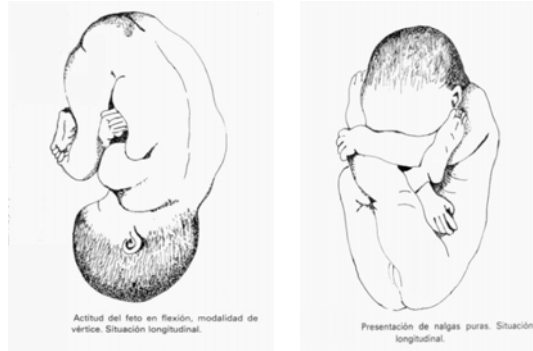
A efectos de orientarnos de la posición del feto respecto a la madre manda la fontanela menor, o sea, el dorso del feto.

El siguiente diámetro en importancia es el interescapular, que es perpendicular al anteroposterior de la cabeza.

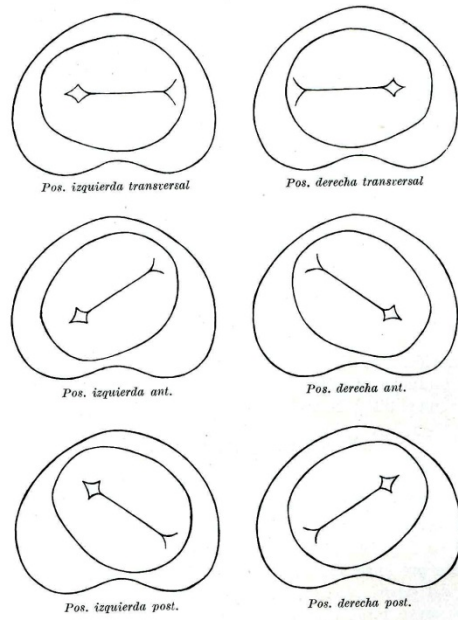
Entendemos por **situación** a las relaciones de las columnas de feto y madre. Pueden ser longitudinales, transversas u oblicuas (esta última inestable)



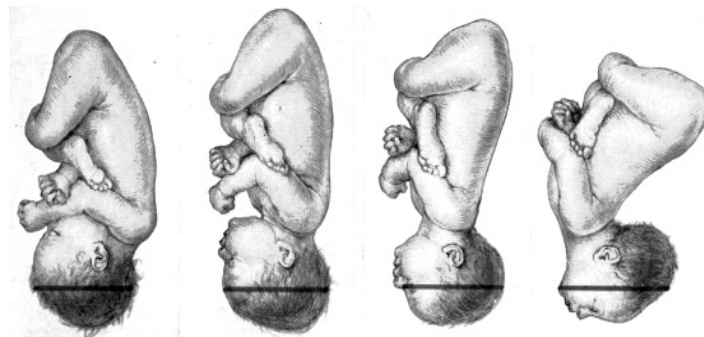
Entendemos por **presentación** a la parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis materna. Solo las situaciones longitudinales tienen auténtica presentación: Cefálica (cabeza) o podálica (nalgas)



Entendemos por **posición** a la situación relativa del dorso fetal respecto a los ejes de la pelvis materna. En la presentación cefálica (que nos incumbe en este seminario de asistencia al parto normal) se denominan occípito-ilíacas (OI) y pueden ser derechas o izquierdas y, a su vez, anteriores, transversas y posteriores.



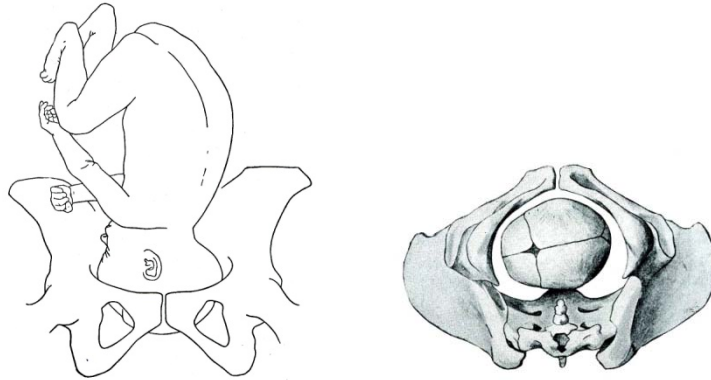
Entendemos por **actitud** al mayor o menor grado de flexión/deflexión de la cabeza fetal.



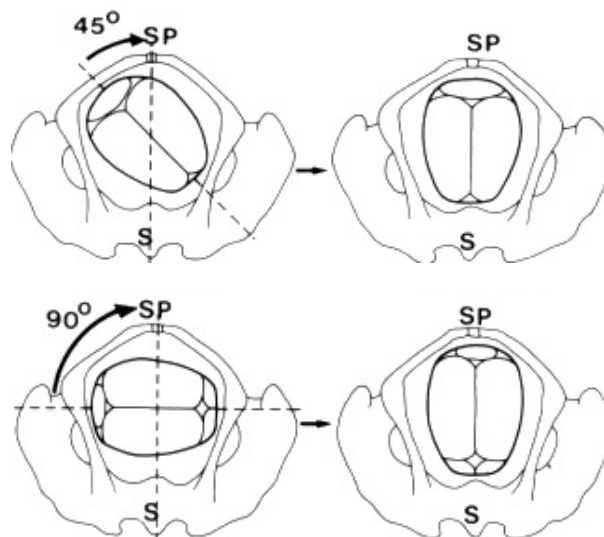
Prof. J.V. RAMÍREZ.

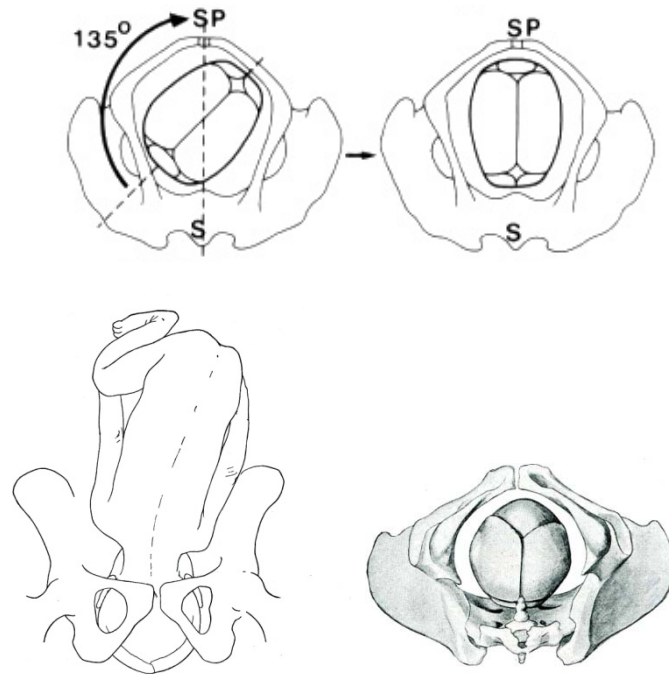
3.- MECANISMO DEL PARTO:

1.-**Encajamiento** de la cabeza en un diámetro transversal u oblicuo del estrecho superior de la pelvis.

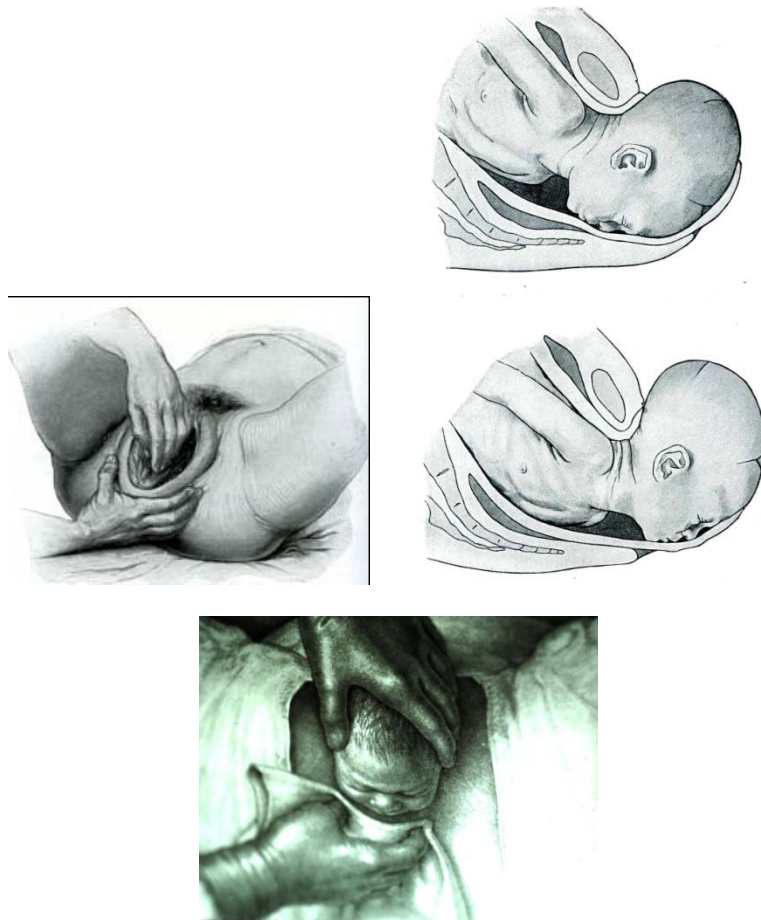


2.-**Descenso, flexión** de la cabeza y **rotación interna** para orientarse en el estrecho inferior de la pelvis (hasta occípito-púbica)





3.-Deflexión (*hypomochlio*) y **salida de la cabeza**. Entendemos como *coronación* el momento en que la presentación fetal alcanza el nivel del periné distendiéndolo.



Prof. J.V. RAMÍREZ.

4.-**Rotación externa**, para orientar los hombros, que bajaban transversalmente la excavación pélvica, al estrecho inferior de la pelvis. Siempre hacia la misma posición en el que previamente encajó la cabeza.



5.-**Salida del hombro anterior**. Eventual alumbramiento medicamentoso.



6.-**Salida del hombro posterior**.



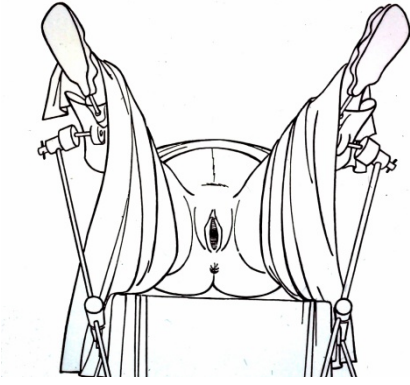
7.-**Salida del feto en bloque**.

ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO:

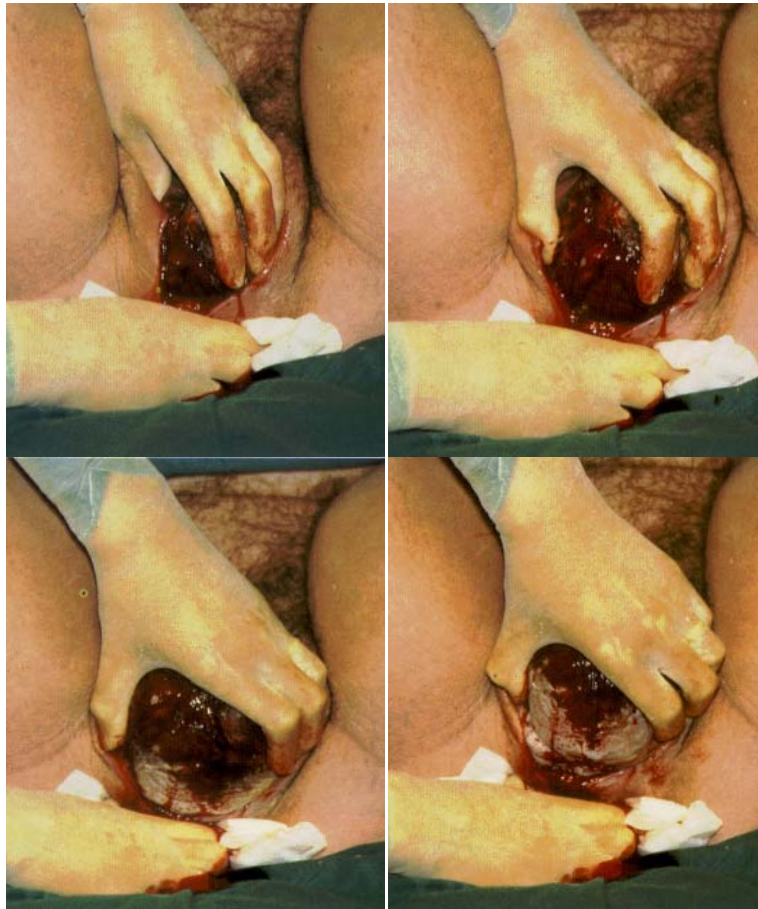
Desde la dilatación completa a la expulsión completa del feto (en las primíparas dura hasta una hora; en multíparas alrededor de 15 minutos, hasta un máximo de 30 minutos):

-Preparación de la paciente. Pujos.

Prof. J.V. RAMÍREZ.



- Preparación del asistente.
- Preparación del quirófano (paritorio) y mesa.
- Eventual anestesia local o locorregional o general.
- Protección del periné. Eventual episiotomía



-Extracción de cabeza, hombros y fetal global. Eventual utilización de procedimientos extractores (vakuüm, fórceps, espátulas. Ver Seminario 1.2) o ayuda con *maniobra de Kristeller*.



- Clampaje del cordón umbilical.
- Asistencia al RN.

ASISTENCIA AL ALUMBRAMIENTO:

Desde la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (cabe esperarla entre unos 10 minutos hasta un tiempo máximo de 30 minutos ó 20 en caso de alumbramiento medicamentoso)

- Cierre perfusión de oxitocina.
- Sondaje vesical.
- Diagnosticar desprendimiento de placenta.
- Extracción de la placenta rotándola para que las membranas formen un cordón (*maniobra de Dublin*)
- Eventual *maniobra de Credé* suave.
- Revisión placentaria.

ASISTENCIA AL CUARTO PERIODO (HEMOSTASIA):

Desde la salida de la placenta hasta dos horas después.

- Reabrir perfusión de oxitocina.
- Reparar episiotomía o desgarros.
- Sonda de Foley (si anestesia de conducción) durante 8 horas.
- Control del globo de seguridad uterino y sangramiento. Paciente en decúbito supino con piernas cruzadas.