

ENFERMERIA

PARTO Y TRABAJO DE PARTO

CONCEPTOS-FACTORES-ETAPAS

Cátedra de Atención de Enfermería en
Salud Materno Infantil 1
UNLP – FCM - EU

Prof. Lic. Valeria A. Barboza

INTRODUCCION

- El parto es un acontecimiento biológico natural que forma parte del proceso reproductivo del ser humano
- Periodo de gran tensión psicoemocional de la madre y su familia
- La atención del parto debe basarse en el Modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia, y realizarse en el marco de los derechos de un Parto Humanizado.

CONCEPTO

EL PARTO ES LA EXPULSION DEL PRODUCTO DE CONCEPCIÓN (FETO, MEMBRANAS, PLACENTA) HACIA EL EXTERIOR DEL ORGANISMO MATERNO

CONCEPTO

EL TRABAJO DE PARTO: Es el conjunto de mecanismos fisiológicos que desencadenan una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que permiten que el cuello realice modificaciones: a través de la dilatación y el borramiento para permitir la salida del feto por el canal del parto

CONCEPTO

La OMS considera PARTO NORMAL aquel de comienzo **espontáneo** que haya cursado un embarazo de **bajo riesgo**, con una edad gestacional entre **37 y 42 semanas**, que **no** presente **complicaciones** desde el comienzo del trabajo de parto hasta la finalización del nacimiento, con un **feto** en **presentación cefálica** y cuya salida se produzca en forma espontánea. Luego de producido el nacimiento, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (OMS 1996)

CLASIFICACION

SEGÚN EDAD GESTACIONAL:

- **Parto pretérmino.** Antes de la 37 semana de gestación.
- **Parto a término.** Entre la 37 y 42 semanas
- **Parto postérmino.** Posterior a la semana 42

CLASIFICACION

SEGÚN EDAD GESTACIONAL:

- **Cefálica.** Se da en un 96% de los casos.
- **Podálica.** Su frecuencia es tan solo de un 3%

SEGÚN NUMERO DE FETOS:

- **Simple.** Gestación única.
- **Múltiple.** Cuando hay dos o más fetos.

CLASIFICACION

SEGÚN INICIO:

- **Parto espontáneo.** Aquel que se desencadena sin intervención externa.
- **Parto inducido.** Aquel provocado a través de medicación exógena.

CLASIFICACION

SEGÚN EVOLUCION:

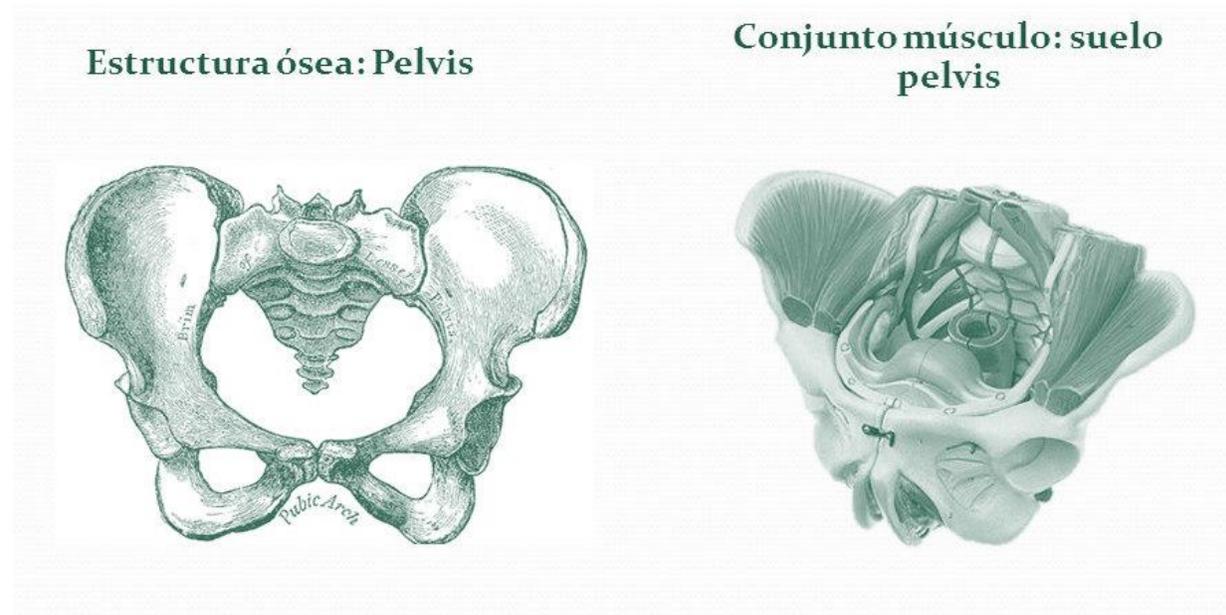
- **Parto eutócico.** parto normal, aquel que se inicia y finaliza de manera espontánea, en presentación cefálica flexionada (posición de vértice), sin complicaciones.
- **Parto distócico.** Parto complicado, aquel que necesita de maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del mismo.

FACTORES DEL PARTO

- **Pasaje o Pasadizo:** características del canal de parto
- **Pasajero:** características del feto
- **Poder:** fuerzas o contracciones
- **Posición:** postura corporal de la madre
- **Psique:** estado mental de la madre

PASAJE

- El canal de parto está formada por la pelvis ósea rígida, los músculos del suelo pélvico, los tejidos blandos del cérvix y el periné



PASAJE

PELVIS OSEA

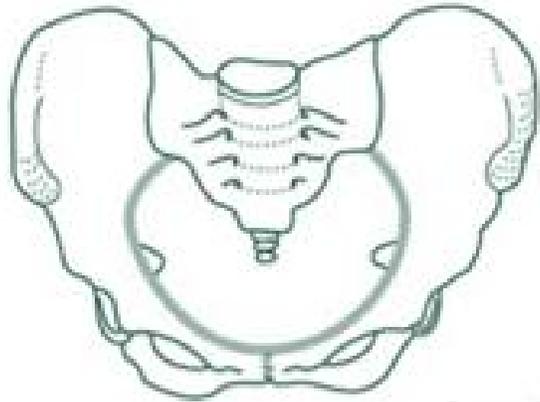
- Es un anillo óseo
- Formada por la fusión de cuatro huesos: ilion, isquion, pubis y sacro
- Posee cuatro articulaciones: sínfisis púbica, las sacroilíacas izquierda y derecha y la sacrococcígea
- Separada por el anillo en dos partes: la pelvis falsa (no interviene en el parto) y la pelvis verdadera

PASAJE

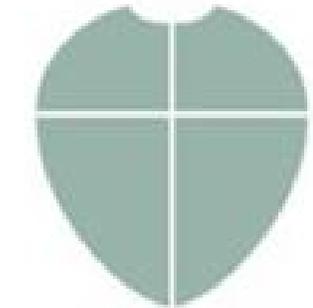
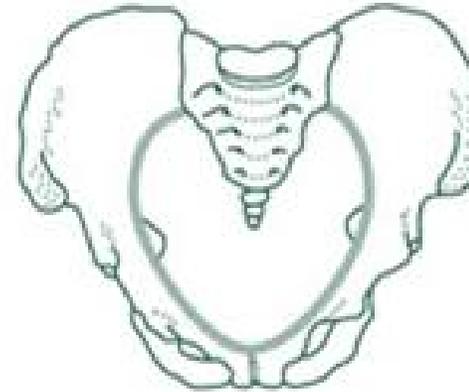
PELVIS OSEA

- La pelvis verdades se divide en 3 planos o estrechos:
 - Estrecho superior o plano de entrada es el borde superior de la pelvis
 - Estrecho medio o cavidad pélvica es un pasadizo curvo
 - Estrecho inferior o plano de salida, es el borde inferior de la pelvis
- El canal pélvico varía en cuanto a su tamaño y su forma

PASAJE



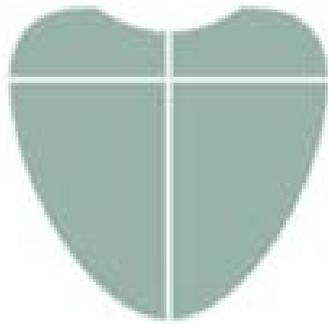
Ginecoide



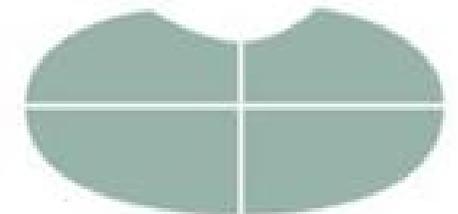
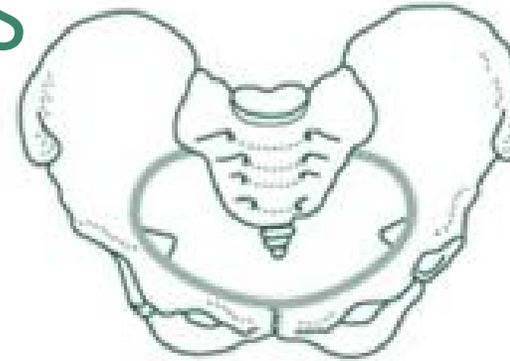
Antropoide



Androide



TIPOS
De
PELVIS



Platiploide

PASAJE

PARTES BLANDAS

Los tejidos blandos del canal de parto incluyen: piel, mucosas, musculos fibroaponeuróticos. Localizados en:

- Segmento uterino inferior
- El cérvix
- Suelo pélvico
- Vagina e introito vaginal

PASAJERO

La forma en que el feto (pasajero) pasa a través del parto está determinada por la interacción de varios factores:

- Tamaño de la cabeza
- Presentación
- Situación
- Actitud
- Posición



PASAJERO

TAMAÑO DE LA CABEZA

- Es la parte más grande del feto, por lo que si logra atravesar el canal pélvico con seguridad, en general el resto del cuerpo no presenta mayor dificultad
- El cráneo fetal está compuesto por 8 huesos, de los cuales, los 4 que forman la bóveda craneal junto a las suturas y fontanelas principales tienen un papel muy importante en el parto.
- Debido al proceso de moldeamiento la cabeza se reduce de tamaño al pasar por la pelvis materna

PASAJERO

PRESENTACION FETAL

- O parte de presentación, se refiere a la porción del cuerpo del feto que se encuentra más próximo del orificio cervical interno.
- Tipos:
 - Presentación de cabeza o cefálica: 96-97%, se dividen en 3 (de vértice, de frente o de cara) según la relación de la cabeza con el resto del cuerpo.
 - Presentación pélviana: 3-4%, o de nalgas, se clasifica en 3 (pelviana completa, pelviana franca, podálica)
 - Presentación de hombros: 1%, lo primero que sale es el omóplato

PASAJERO

POSICION FETAL

- Es la relación entre ciertos puntos de la presentación fetal con los cuadrantes de la pelvis materna.
- Puntos de la presentación: occipucio (presentación vértice), mentón (presentación de cara), sacro (presentación pélvica) y acromion (presentación de hombros)
- Cuadrantes maternos: derechoanterior, izquierdoanterior, derechoposterior e izquierdoposterior

PASAJERO

ACTITUD FETAL

- Se refiere a la relación que guardan las partes fetales entre sí
- Tipos:
 - Flexión general: postura fetal donde la cabeza, columna, extremidades y piernas están flexionadas
 - Deflexión: actitud anormal, en la cual alguna de las partes que deben estar flexionadas se encuentra en extensión.

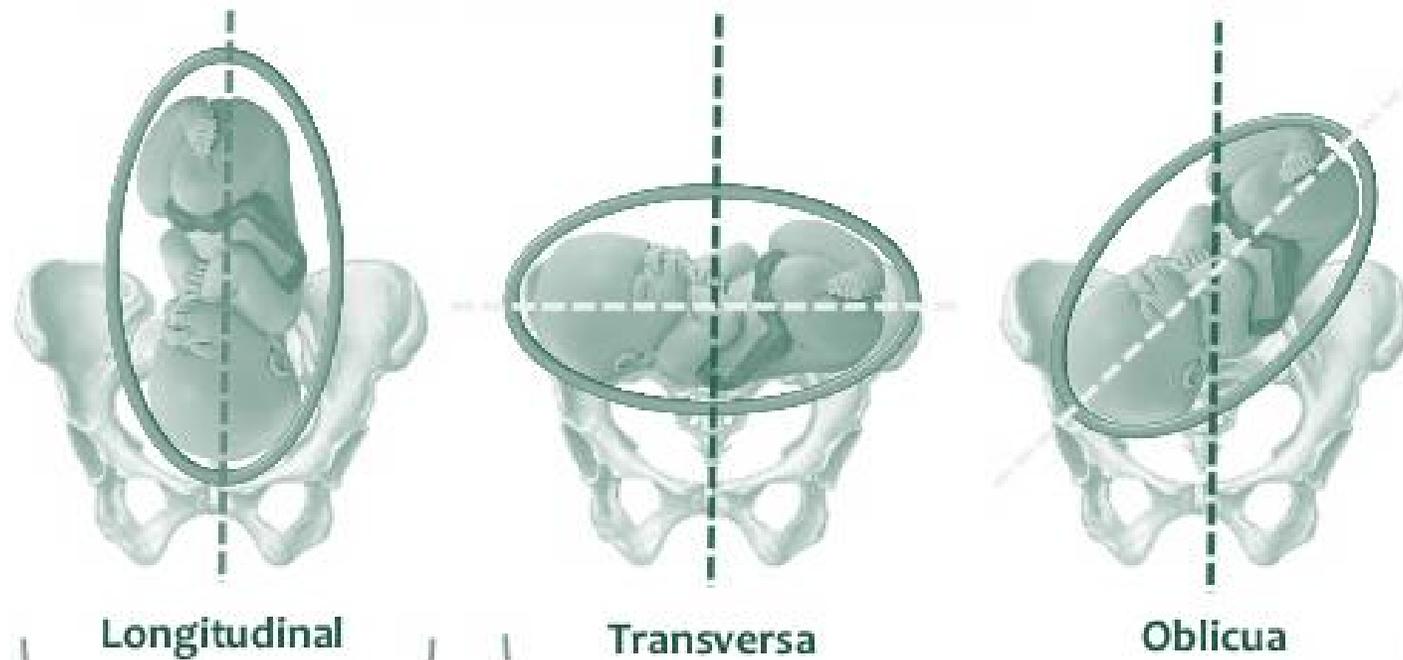
PASAJERO

SITUACION FETAL

- Se refiere a la relación entre el eje longitudinal del feto con respecto al eje mayor (columna) de la madre
- Tipos:
 - Longitudinal: ambos ejes son paralelos
 - Transversal: los ejes son perpendiculares entre sí
 - Oblicua: los ejes forman un ángulo agudo (45°), situación fetal transitoria

PASAJERO

SITUACION FETAL



POWER

- POTENCIA O FUERZAS O CONTRACCIONES
- Son el motor del parto
- Combinación de fuerzas voluntarias e involuntarias para lograr la dilatación cervical y la expulsión del producto de concepción (feto, placenta y anejos ovulares).
- Tipos de fuerzas:
 - Fuerzas involuntarias o primarias
 - Fuerzas voluntarias o secundarias

POWER

- Fuerzas involuntarias o primarias:
 - Son las contracciones uterinas
 - Señalan el comienzo del trabajo de parto
 - Responsables del borramiento (acortamiento y adelgazamiento del cuello uterino) y dilatación (aumento del diámetro o ampliación del orificio y el canal cervical) del cérvix e inicio del descenso del feto

POWER

- La contracción uterina consiste en el acortamiento rítmico de la musculatura del segmento superior del útero y está definida por los siguientes aspectos:
 - **Tono basal:** presión intrauterina mínima entre 2 contracciones
 - **Frecuencia:** número de contracciones presentes en un periodo determinado de tiempo
 - **Intensidad:** diferencia entre la presión uterina máxima durante la contracción y el tono basal previo
 - **Duración:** tiempo que transcurre desde el inicio de la contracción hasta que recupera el tono basal previo

POWER

- Fuerzas voluntarias o secundarias:
 - Son los pujos
 - Surgen cuando la presentación fetal llega al suelo pélvico
 - Son fuerzas expulsivas que aumentan la intensidad de las contracciones uterinas
 - En cada pujo la madre de manera voluntaria, contrae la musculatura de la pared abdominal y el diafragma, aumentando así la presión intrauterina.

POSICION

- La posición materna afecta las adaptaciones anatómicas y fisiológicas del parto
- Los cambios frecuentes alivian la fatiga, aumentan la comodidad y mejoran la circulación
- En la 1ra etapa de Parto:
 - La posición vertical (bipedestación, sedestación, de rodillas o cuclillas), contribuye al descenso de la presentación y aumenta el gasto cardíaco

POSICION

- En la 1ra etapa de Parto:
 - La posición cuadrupedia (apoyada en manos y rodillas), contribuye a disminuir el dolor lumbar
 - La posición decúbito lateral (izquierdo o derecho), evita la compresión de las vena cava inferior y aorta
- En la 2da etapa de Parto:
 - La posición está limitada a las condiciones de la Institución, sea posición ginecológica, litotomía o semisentada (cama de partos con respaldo en ángulo 110-120° con apoya pie o posición con respaldo a 90°)

PSIQUE

- Se refiere al estado emocional de la madre durante todo el trabajo de parto y parto.
- Los sentimientos de la madre durante el parto dependen de varios aspectos: sus experiencias anteriores, sus expectativas, su cultura y su noción del comportamiento adecuado en el transcurso del mismo.
- El temor y la ansiedad pueden influir de manera notable en la experiencia del parto. Estos sentimientos pueden generar un ciclo negativo.

PSIQUE

- El temor y la ansiedad estimulan la liberación de mayores cantidades de adrenalina y noradrenalina por la glándula adrenal materna. Estas hormonas de «lucha o huida» ejercen diversos efectos:
 - Vasoconstricción (que restringe la irrigación placentaria).
 - Disminución de la eficacia de las contracciones uterinas.
 - Contracción de la musculatura esquelética.
- Al acortarse, la musculatura esquelética de la pelvis no se distiende con facilidad, de modo que el útero habrá de contraerse con mayor intensidad y aumentarán las molestias

ETAPAS DEL PARTO

1° ETAPA: Borramiento y dilatación

- Generalmente la más larga, puede durar hasta 24 hs.
- Inicia con las contracciones uterinas regulares y el cuello del útero se empieza a dilatar para finalizar cuando el mismo está totalmente dilatado (10cm diámetro).
- Se diferencian 3 fases:
latencia – activa – transición

ETAPAS DEL PARTO

1° ETAPA: Borramiento y dilatación

- **Latencia:** periodo de progresión lenta, desde la aparición de contracciones regulares hasta que el cérvix llega a los 4cm. Comprende borramiento, poca dilatación y poco descenso
- **Activa:** contracciones fuertes y largas, de intensidad moderada a fuerte. La dilatación avanza hasta los 7 cm, el descenso fetal continúa
- **Transición:** lenta y fuerte. Dilatación cervical y descenso completos.

ETAPAS DEL PARTO

2° ETAPA: Nacimiento

- Desde la dilatación cervical completa (10 cm) y borramiento completo (100%) hasta la expulsión del feto. Duración aproximada hasta 1hs
- Contracciones fuertes y prolongadas (de 50-70seg cada 2-3 min)
- Por acción refleja los músculos del abdomen comienzan a trabajar y cuando las contracciones se efectúan la mujer siente la necesidad de pujar con fuerza.

ETAPAS DEL PARTO

2° ETAPA: Nacimiento

■ Fases:

- **Latencia:** periodo corto de calma relativo, no se ha establecido la urgencia de pujo
- **Descenso:** se inicia con la activación de los reflejos de Ferguson en el suelo pélvico y la urgencia intensa de pujo
- **Transición:** con la presentación en el perineo los esfuerzos de pujo son rítmicos y más efectivos para la expulsión

ETAPAS DEL PARTO

3° ETAPA: Alumbramiento

- Desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta. Duración muy corta, de 3-5 minutos hasta 1 hora
- Luego del nacimiento las contracciones uterinas intensas hacen que los puntos de inserción (vellosidades fibrosas) de la placenta se encojan y se rompan, lográndose así la separación entre la placenta y la decidua de la capa basal del endometrio.

ETAPAS DEL PARTO

4° ETAPA: Posparto inmediato

- Desde el alumbramiento hasta el restablecimiento de la homeostasis
- Duración arbitraria, alrededor 2 hs
- No todos los autores incluyen esta etapa dentro del parto

MECANISMOS DEL PARTO

- Son los giros y ajustes necesarios que realiza el feto durante el descenso para adaptarse al canal de parto para lograr el nacimiento
- Se denominan movimientos cardinales y son 7 (en una presentación de vértice):
 1. Encajamiento
 2. Descenso
 3. Flexión
 4. Rotación interna
 5. Extensión
 6. Restitución y rotación externa
 7. Expulsión

Bibliografía consultada

- ❑ Barboza, Valeria A. (2017) ***Apunte de clase: Embarazo de alto riesgo. Generalidades.*** UNLP. Cátedra de Atención de Enfermería en Salud Materno Infantil I
- ❑ Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2010). ***Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia.*** Ministerio de Salud Argentina 4ta. Edición
- ❑ Lowdermilk D, Perry S., Bobak I. (2003). ***Enfermería Materno-Infantil.*** España. Editorial Oceano. 6°ed.
- ❑ MANUAL AMIR ENFERMERÍA. ***ENFERMERÍA MATERNAL*** (5ª edición)
- ❑ Reeder S, Martin L, Koniak D. (1995). ***Enfermería materno infantil.*** España. Editorial Interamericana-MacGraw-Hill.3° edición
- ❑ Towle Mary Ann. (2010). ***Asistencia de enfermería materno-neonatal.*** España. Editorial Pearson educación S.A.