

+

O

Tema 62.

.

PARTO

ATENCION AL PARTO EUTOCICO

FISIOLOGIA Y CUIDADOS

ROSALIA
MANCHEÑO M.



DEFINICION DE PARTONORMAL

- PROCESO FISIOLOGICO, MEDIANTE EL CUAL EL FETO Y SUS ANEJOSSON EXPULSADOS DESDE LA CAVIDAD UTERINA AL EXTERIOR.
- **SEGO**“ trabajo de parto en una gestante **sin factores de riesgo durante la gestación** , se inicia entre la semana 37-42, que tras una evolución fisiológica de la dilatación y parto, termina con el nacimiento de un RN normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina
- **FAME**... proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza gestación a término, ...implicados factores psicologicos, socioculturales. Inicio espontaneo, se desarrolla y termina sin complicaciones , culmina con el nacimiento no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.



- **PARTO A TERMINO** cuando se produce entre la semana 37- 42 (266-294 días) menor riesgo para el feto y RN.
- **PARTO PRETERMINO** cuando el parto se produce antes de la semana 37 SG. > 20 SG 147-258.
- **PARTO POST-TERMINO** aquel que se produce después de la semana 42 de gestación o después 294 días

2. SIGNOS Y SINTOMAS



- Dinámica uterina dolorosa, progresiva y frecuente 2-3 c/ 10 mt . Al menos durante 30 mts.
- Cuello uterino blando, centrado, borrado 50 %minimo, dilatación 2-4 cm o + mas.

Expulsión tapón mucoso

Descenso fondo uterino

La mujer se siente rara

Tabla. Test de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación	Cerrado	1 - 2 cm	3 - 4 cm	> 4 cm
Borramiento %	0 - 30 %	40 - 50 %	60 - 70 %	> 70 %
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Posición	Posterior	Medio	Anterior	
Planos Hodge	Libre o SES	I	II	III

3. Elementos del parto

Motor del parto

Fuerza para mover el feto al exterior

Contracciones del útero
Prensa abdominal

Canal del parto

Espacio que debe recorrer el feto y supone una resistencia hacia su desplazamiento el exterior

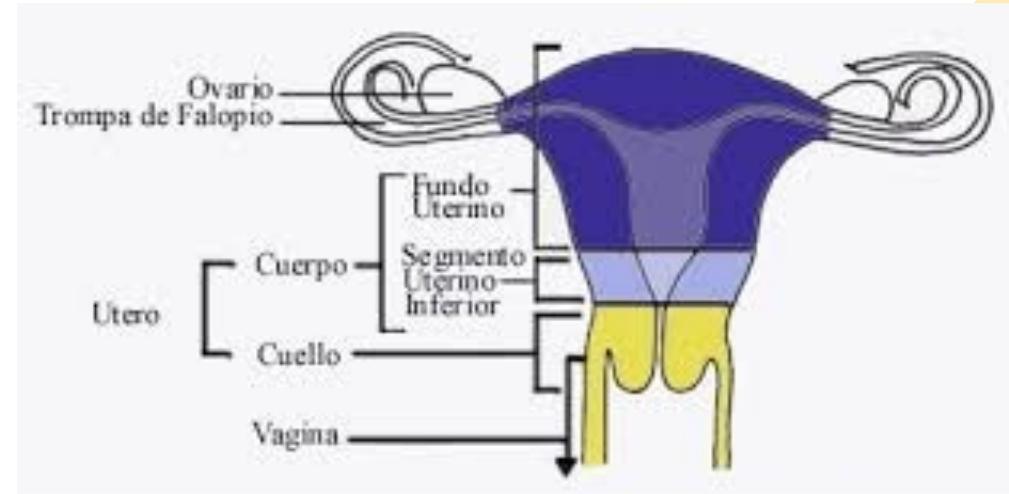
Pelvis, músculos que la recubren interiormente
Segmento uterino
Cuello útero, vagina periné

Objeto del parto

El feto

3. FISIOLOGIA DEL PARTO. DINAMICA NORMAL DEL PARTO

- Duración media embarazo 40 semanas o 280 días,
 - 2^a mitad embarazo se inicia la formación del segmento inferior y acomodación de la presentación fetal.
 - Porción más delgada del útero de escasa capacidad contráctil.
-
- CONTRACCIONES BRAXTON HICKS



Iniciar la maduración del cuello uterino , continuar la formación del segmento inferior uterino y favorecer la orientación de la presentación fetal hacia Estrecho Superior de la pelvis.

CAUSAS DEL PARTO I

MATERNOS	FETALES	UTERINOS
OXITOCINA + Vasopresina Liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis.	Mayor activación de la hipófisis fetal, aumento producción ACTH. estimula suprarrenales y aumenta cortisol= producción surfactante	La distensión del miometrio estimula la síntesis de receptores de oxitocina
REFLEJO FERGUSON	El surfactante indica madurez pulmonar.	Contracción se inicia en el fondo del útero Se transmite al segmento inferior,
PROSTAGLANDINA Ácido araquidónico precursor prostaglandina PGE2, PGE2alfa Lugar producción membranas fetales, miometrio	Hipófisis fetal produce oxitocina y vasopresina	UNIONES GAP DE FIBRAS MIOMETRIALES.

Causas del parto II

FACTORES OVULARES	FACTORES UTEROTRÓFICOS ESTROGENO	FACTORES UTEROTROFICOS PROGESTERONA
<ul style="list-style-type: none">✓ SISTEMA PARACRINO DE COMUNICACIÓN MATERNO FETAL Aquellas hormonas producidas en las membranas fetales (amnios y corion) y decidua.✓ Formación polo inferior de la bolsa amniótica, liberación de prostaglandinas , endotelina1, PAF	<ul style="list-style-type: none">✓ Hipertrofia celular miometrial✓ Incrementa la síntesis de proteínas contráctiles.✓ Aumenta la concentración CA celular✓ Estimula la propagación eléctrica del impulso contráctil al estimular las uniones GAP✓ Aumenta los receptores miometrales para la oxitocina	<ul style="list-style-type: none">✓ Disminuye la concentración de Calibre intracelular✓ Inhibe la síntesis de uniones GAPy de receptores de oxitocina.✓ Estimulan las enzimas que degradan las prostaglandina.

3. Elementos del parto

Motor del parto

Fuerza para mover el feto al exterior

Contracciones del útero
Prensa abdominal

Canal del parto

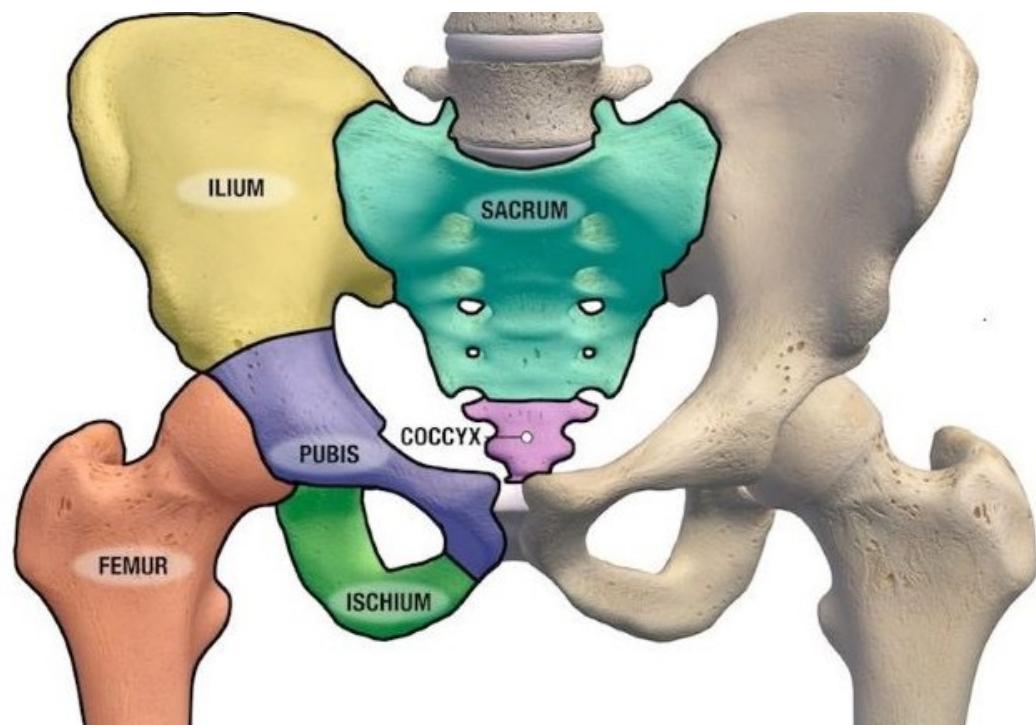
Espacio que debe recorrer el feto y supone una resistencia hacia su desplazamiento el exterior

Pelvis, músculos que la recubren interiormente
Segmento uterino
Cuello útero, vagina periné

Objeto del parto

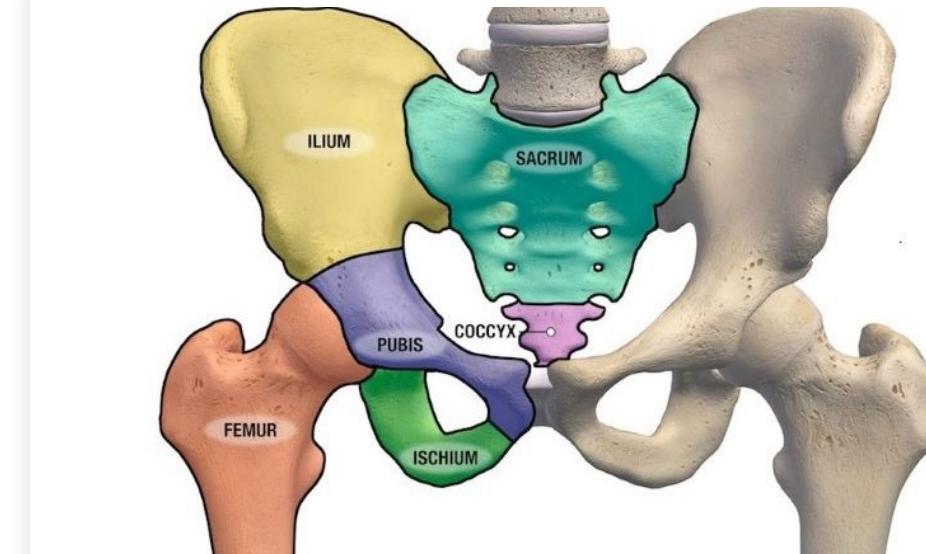
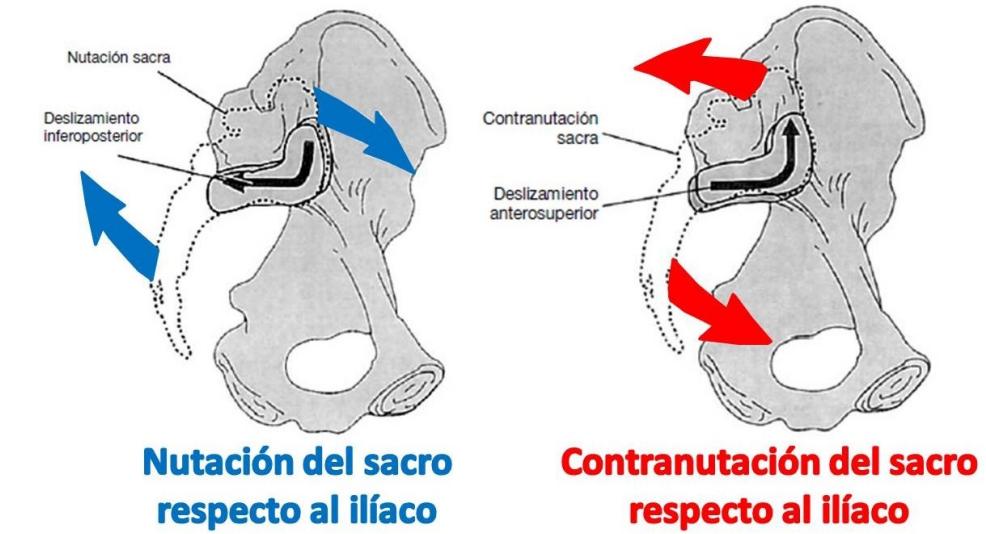
El feto

Canal del parto



Modificaciones del canal óseo

- Durante el embarazo tambien se modifica.
- Separacion de la sífisis aumentando el diámetro transverso E.Superior.
- CONTRANUTACION . ESTRECHO SUPERIOR ↑
 - ✓ el cóccix adelanta, Sacro retrocede, las alas iliacas se separan , isquiones se acercan .
- NUTACION. ESTRECHO INFERIOR ↑
 - ✓ El sacro adelanta, coccix retrocede, alas iliacas retroceden , tuberosidades isquiáticas se alejan



Modificaciones del canal blando

El cuerpo del útero se contrae, como consecuencia el segmento inferior y el cuello del útero se ablanda y dilata formando un tubo amplio y delgado que facilita el paso del feto. El cuerpo del útero se va engrosando

ANILLO FISIOLOGICO RETRACCION

el reborde formado por la unión del segmento superior e inferior.

ANILLO DE BANDL

cuando se produce un adelgazamiento del segmento uterino inferior.

Segmento uterino inferior

Cuello vagina vulva

Rodeado en su ultima porción por musculatura del suelo pélvico

La disposición de los músculos del suelo pélvico ayuda a mantener la flexión del feto y favorece rotación interna

El feto pasa a través de la pelvis menor realizando movimientos de Rotación, descenso y flexión.

-ESTRECHO SUPERIOR

Borde superior de la sínfisis del pubis , línea innominadas y el promontorio del sacro.

Eje mayor –d. Transverso

-EXCAVACION PELVIANA

situada entre estrecho superior e inferior.

Plano de la pelvis de mayores dimensiones

Parte anterior sínfisis mide 4 cm.

Parte Posterior desde el promontorio hasta la punta cóccix . 16cm.

-ESTRECHO MEDIO

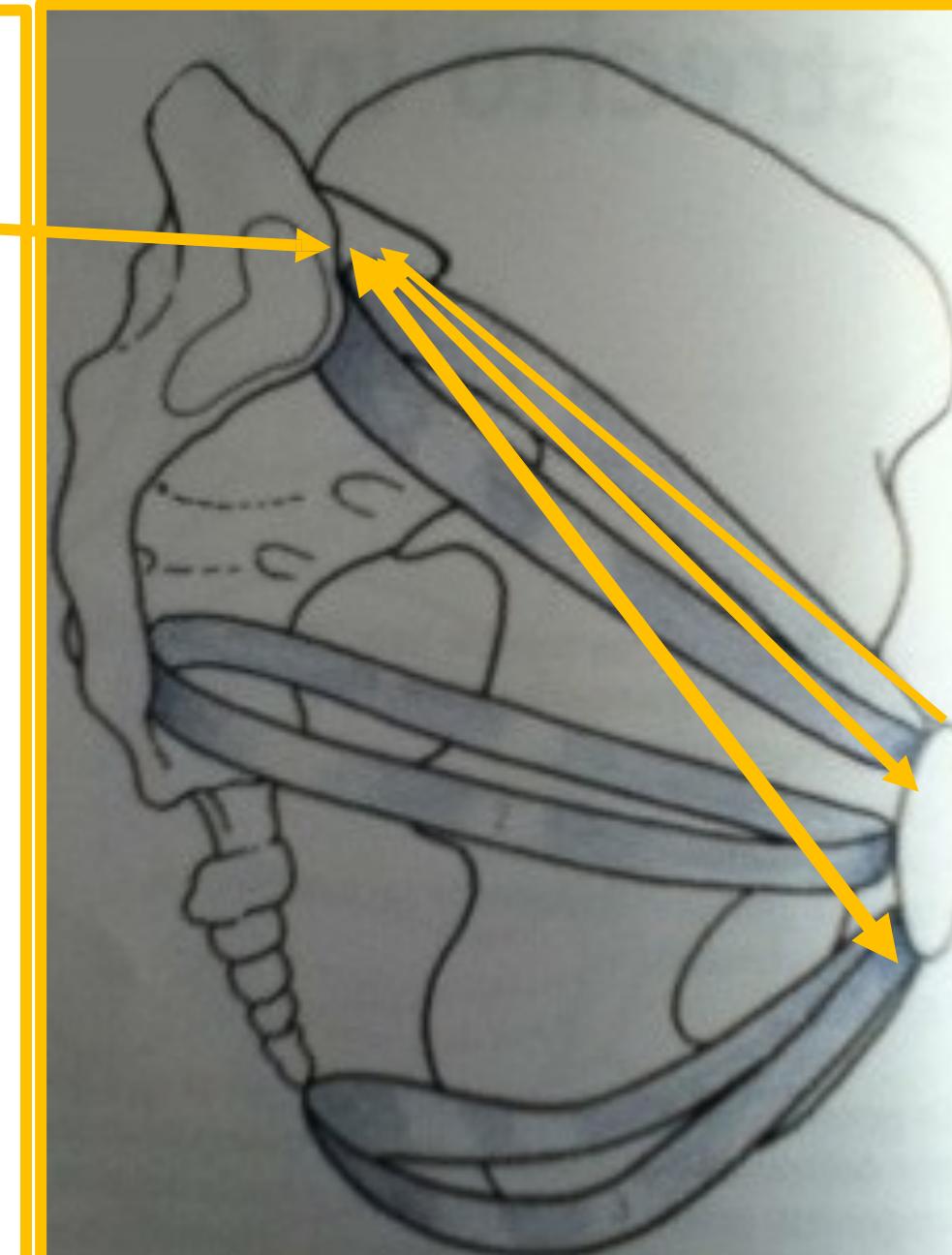
Situado en la excavación pelviana.

Plano de la pelvis de menor dimensión. Limites borde inferior de la sínfisis del pubis, las espinas ciáticas y un punto situado entre el sacro y el cóccix. plano de mayor importancia desde el punto de vista clínico.

Ahí se detienen los partos

ESTRECHO INFERIOR

Es el límite inferior de la pelvis menor. Borde inferior de la sínfisis del pubis, ramas isquiopubianas, tuberosidades isquiáticas, ligamentos sacro ciáticos y cóccix.



			CM
Estrecho superior	Anteroposterior	Conjugado anatómico conjugado obstétrico Conjugado diagonal	11,5,12 11 12,5
	Transverso	Diámetro transverso verdadero o medio Diámetro transverso máximo	12-12,5 13
	Oblicuos	Derecho izquierdo	12

Estrecho medio	Anteroposterior Transverso (interespinoso)	12 10,5
----------------	--	------------

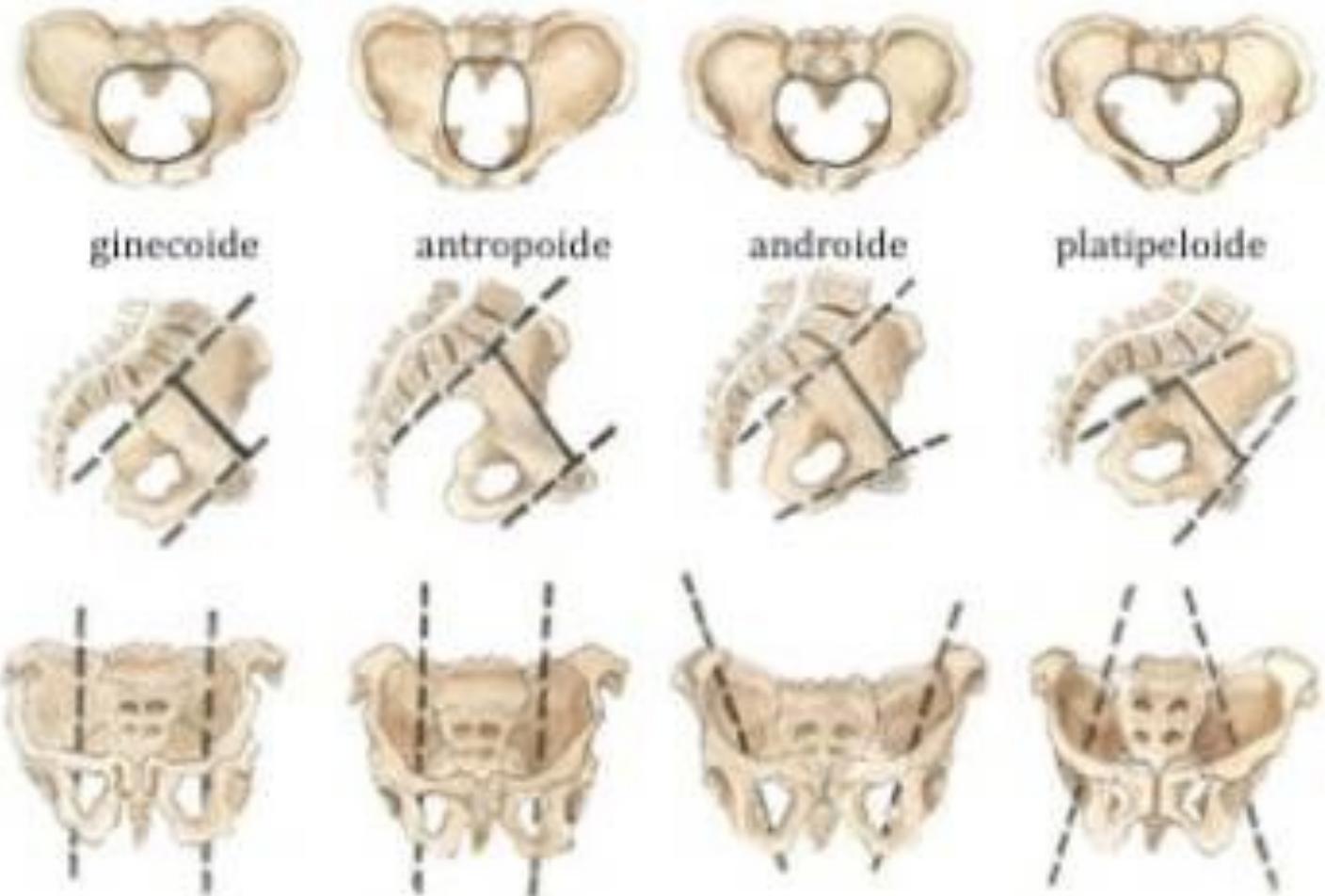
Estrecho inferior	Anteroposterior	9,5-12
-------------------	-----------------	--------

ARCADA PUBIANA	Transverso(biisquiatico)	11
----------------	---------------------------	----

Formada por borde inferior ambos pubis
Y ramas Isquiopubianas

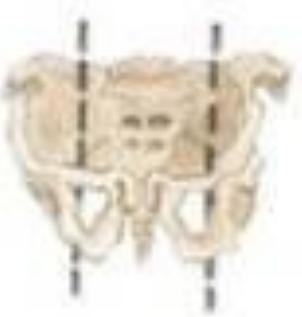
TIPOS DE PELVIS

- TENIENDO EN CUENTA LA FORMA DE SU ESTRECHO SUPERIOR
- EN LA EVOLUCIÓN DEL PARTO, ES MÁS IMPORTANTE EL TAMAÑO DE LA PELVIS
- PRIMORDIAL LA RELACION ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PELVIS Y LA DEL FETO.





ginecoide



-E.S. Redondo u ovalado.

Pelvis femenina más
frecuente

+favorable evolución del
parto



antropoide



Forma eliptica



Diámetro ϕ transverso
disminuido ↓

Relacionado con parto
occipito posterior



androide



Menos adecuada
Evolución del parto



E.S. Forma de corazón

Parecida pelvis masculina

Frecuente la No progresión
de parto

Estrechamiento progresivo



platipeloide



↑ ϕ transverso

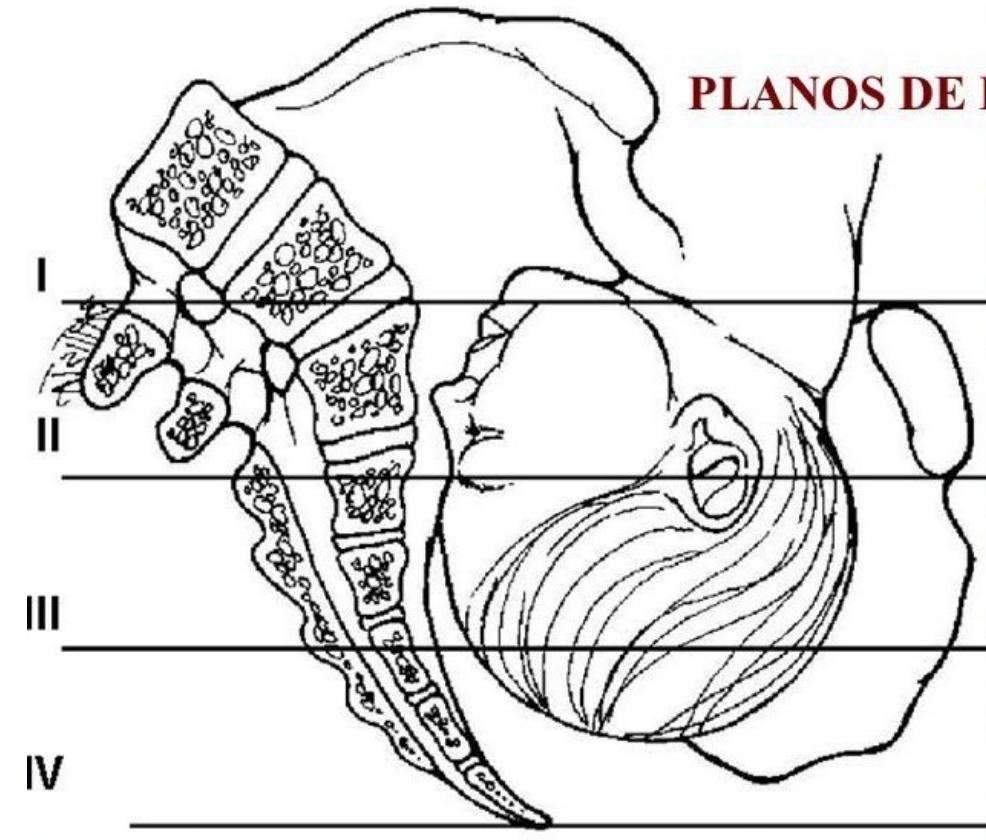
↓ ϕ anteroposteriores

No progresión de parto

Oanomalías flexión cabeza

Planos de hodge

- 4 planos paralelos a la pelvis menor.
- Se utiliza para saber la localización del feto y evaluar el descenso a través de la pelvis.
- Cuando la presentación está flexionada el punto guía es la fontanela menor



PLANOS DE HODGE

I plano: Promontorio a borde superior sínfisis Púbica.

II plano: Cuerpo de SII a borde inferior de SínfisisPúbica.

III plano: Paralelo al anterior a nivel de espinas ciáticas.

IV plano: Paralelo al anterior a la altura de la punta del coccis.

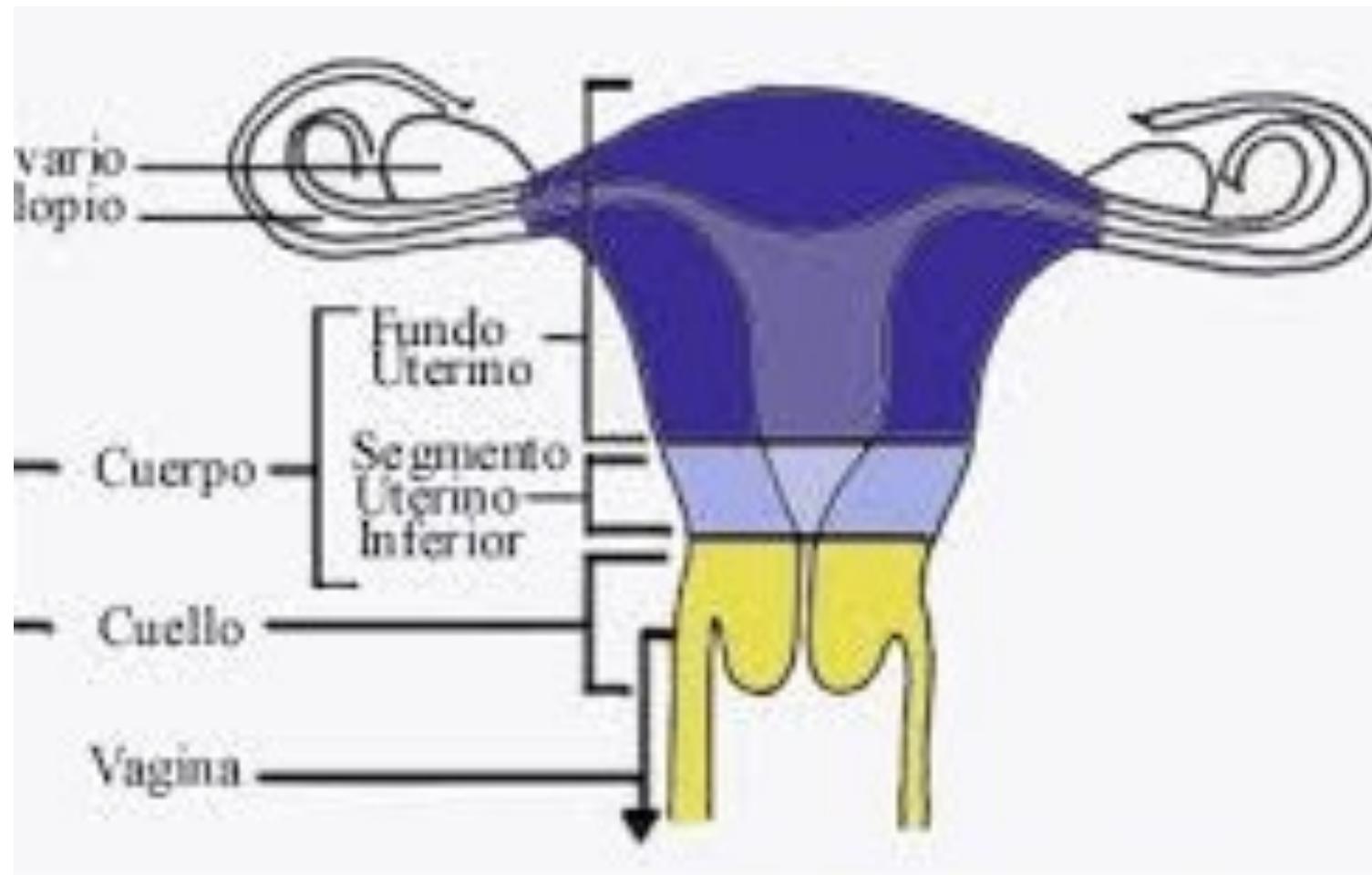


PLANO MEDIO
esfínter estriado uretra
transverso profundo del perine

Cavidad pélvica cubierta por parte inferior formando el suelo pélvico por 3 planos musculares

plano Superficial
 bulbocavernoso,
 isquiocavernoso,
 transverso superficial del periné,
 esfínter externo del ano.

Plano profundo
 Elevador ano (con haces pubocoxígeo e ileococígeo)



CANAL BLANDO DEL PARTO

3. Elementos del parto

Motor del parto

Fuerza para mover el feto al exterior

Contracciones del útero
Prensa abdominal

Canal del parto

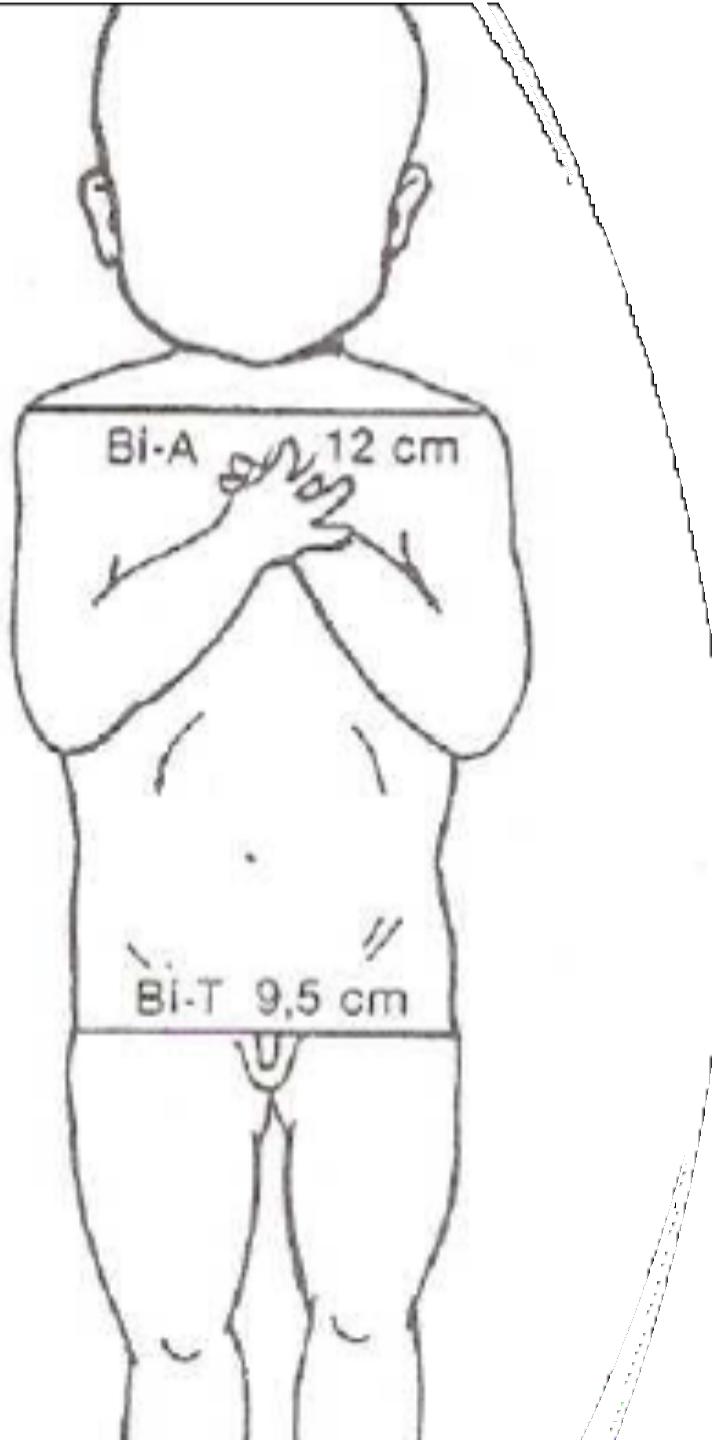
Espacio que debe recorrer el feto y supone una resistencia hacia su desplazamiento al exterior

Pelvis, músculos que la recubren interiormente
Segmento uterino
Cuello útero, vagina periné

Objeto del parto

EL FETO

Numero
Tamaño
Estatica



Diámetros fetales

- La parte del feto de mayor dimensión cabeza, los hombros y la cadera.
- Los hombros pueden adoptar posiciones más fácilmente que le permitan reducir su diámetro.
- **DIAMETRO BIACROMIAL** = 12 CM. en expulsivo puede reducirse a 9 cm.
- **TRONCO FETAL** diámetro de 10cm.
- **BITROCANTEREO** mide 9 cm

Cranial Sutures

View from top of head

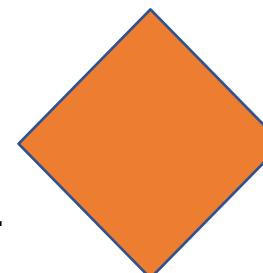
SUTURAS membrana entre dos huesos.

FONTANELAS es la confluencia de varios suturas

FONTANELA MAYOR, ANTERIOR O BREGMA

Situada entre los huesos frontales y parietales.

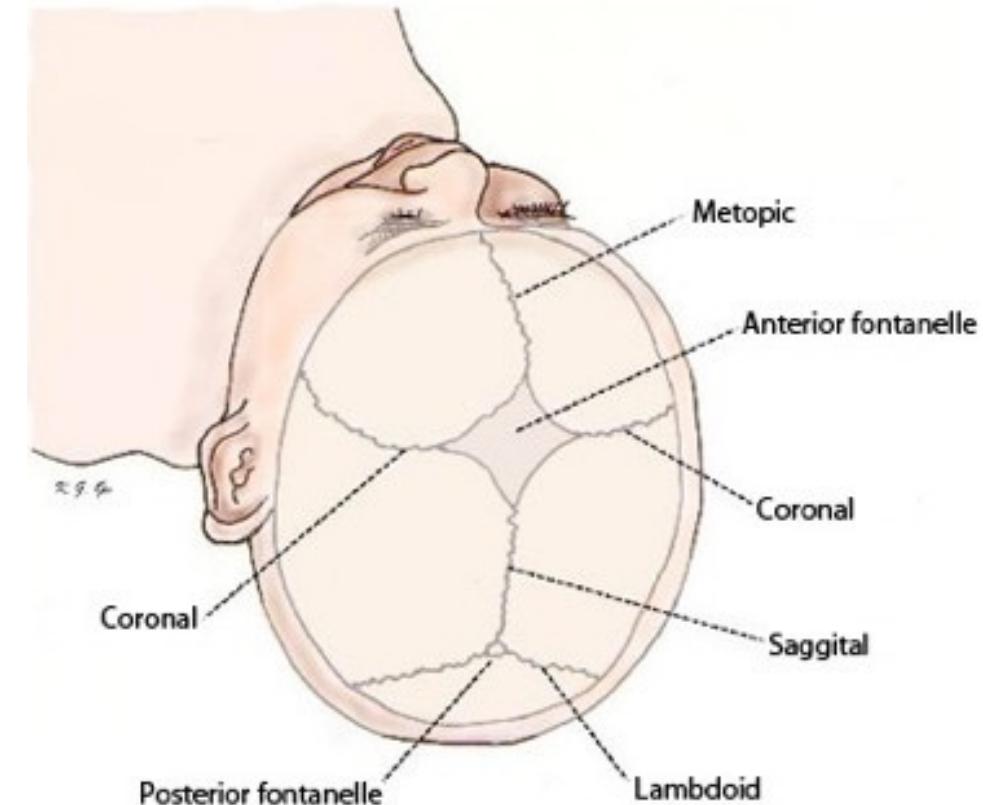
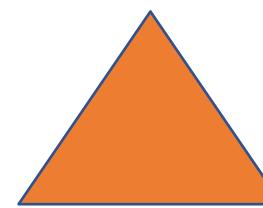
Punto de unión de Sutura frontal, sagital y coronal .



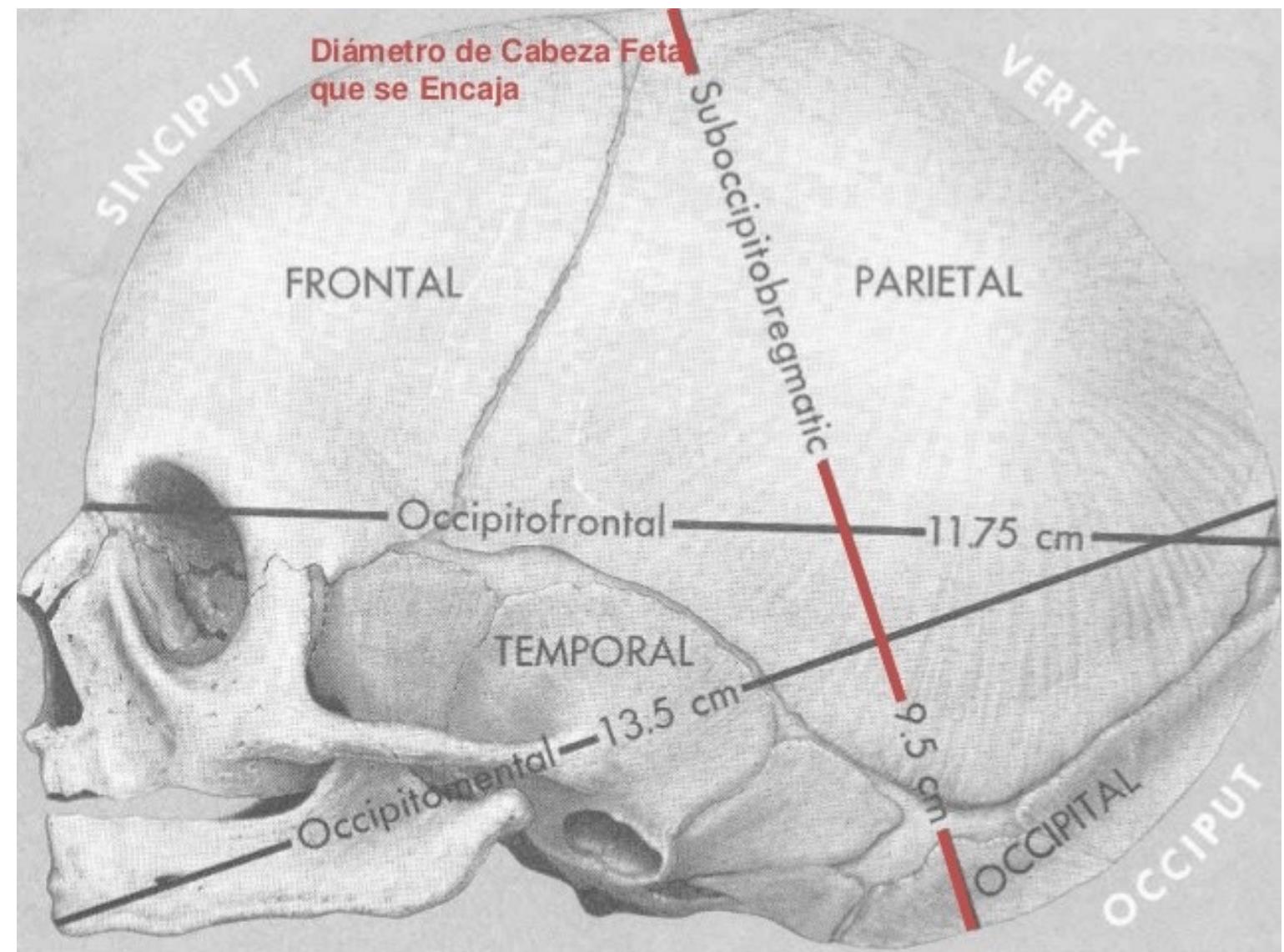
FONTANELA MENOR, POSTERIOR O LAMBDIODEA

Situada entre los huesos parietales y occipital.

Se encuentran las suturas sagital, lambdoideas.



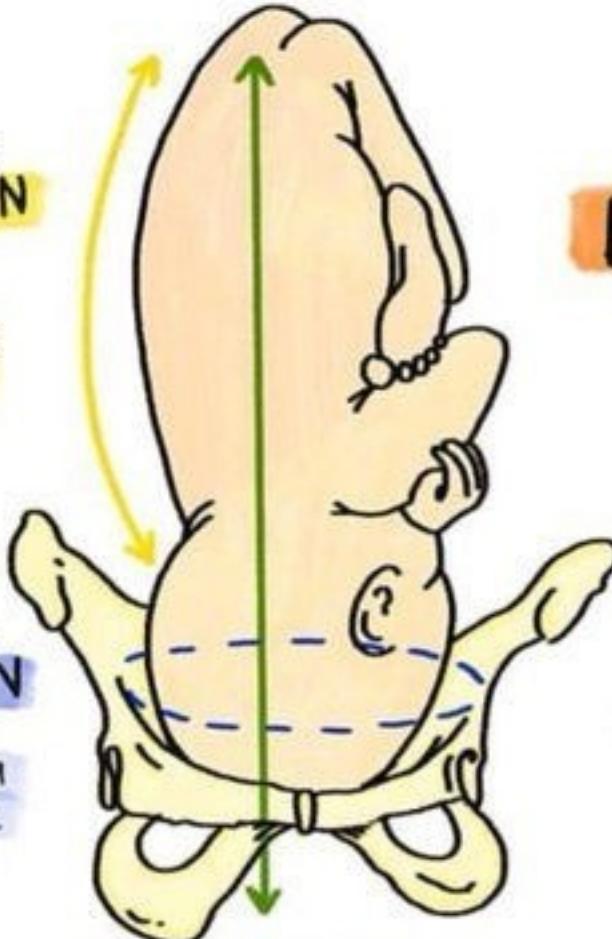
- 1 Suboccipitobregmático (9,5 cm).
- 2 Occipitofrontal (12 cm).
- 3 Occipito-mentoniano (13,5 cm)
- 4 Submento-bregmático 9.5 cm
- 5 Suboccipito frontal 10.5 cm
- 6 Biparietal 9.5 cm
- 7 Bitemporal 8cm.



Anterior
Posterior
Izquierda
Derecha

POSICIÓN

Orientación de la presentación respecto a la pelvis materna



ESTÁTICA FETAL

ACTITUD

Es la relación que existe entre las partes fetales
↳ FLEXIÓN

PRESENTACIÓN

Parte del feto que descansa directamente sobre la pelvis.

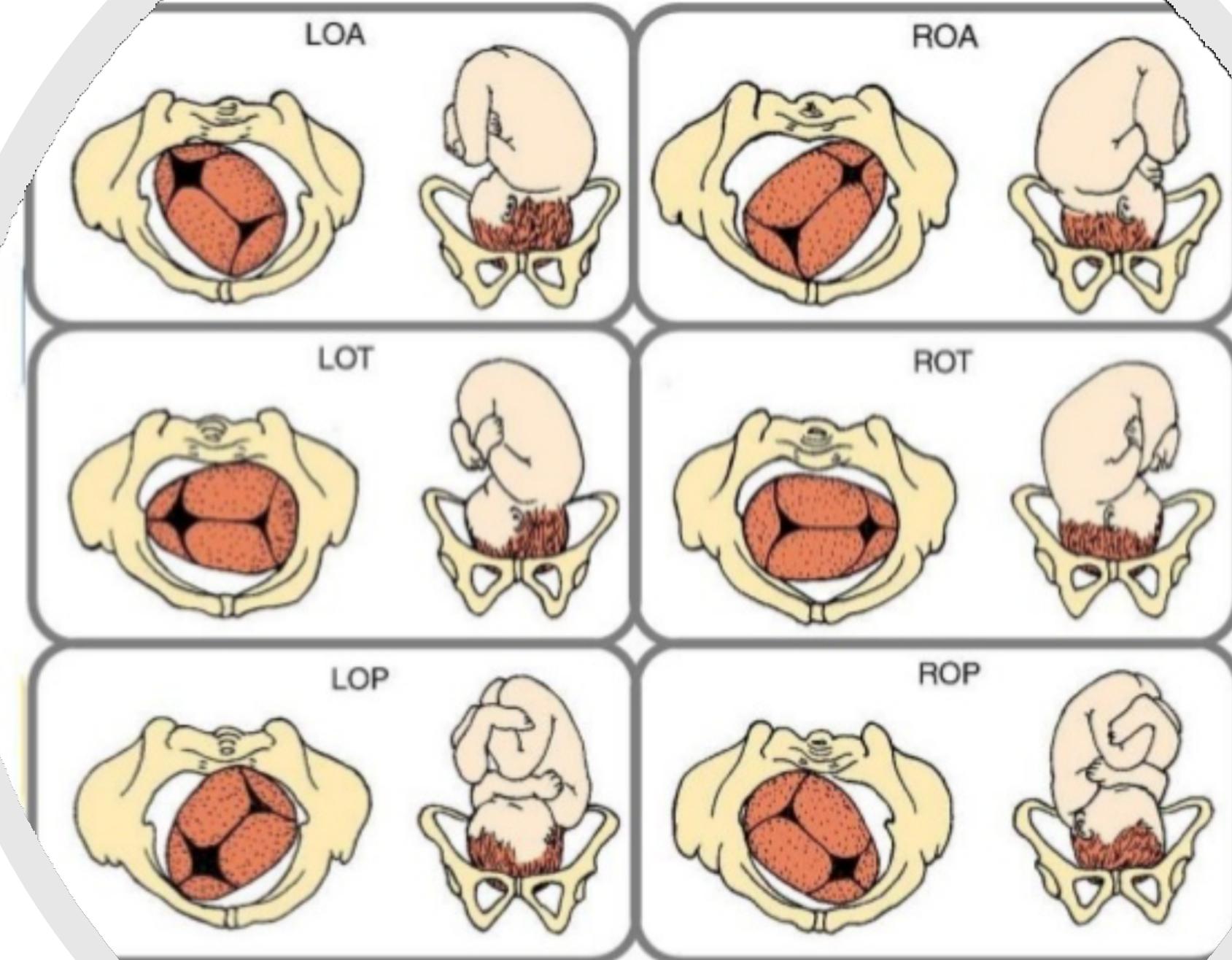
Cefálica Occipucio
 Frente
 Cara
 Bregma

Podálica Completa
 Incompleta
 Franca de nalgas

SITUACIÓN

Es la relación entre el eje longitudinal de la madre y del feto.

Longitudinal I
Transversa -
Oblicua -



Denominación	Actitud	Presenta/dimetro	Punto Guia
Occipito-iliaca(OI)	Flexion maxima	Occipucio/D. occipito-bregmatico. 9,5 cm.	Fontanelas menor
Sincipito-iliaca (SIL)	Deflexion ligera	Sincipucio/D. occipito frontal 12 cm	Fontanelas mayor
Fronto-iliaca (FI)	Deflexion intermedia	Frente/ D. Occipito-mentoniano	Sutura metopica
Mento iliaca (MI)	Deflexion máxima	Cara/ submento-bregmatico. 9.5 cm	Mentón.

Nalgas puras (60%)

- Simples , solas o francas.
- Muslos flexionados sobre abdomen.
- Piernas extendidas por delante del torax
- Pies cerca cara del feto

Nalgas completas (5-10%)

- Pies+ nalgas.
- Muslos flexionados sobre abdomen piernas sobre los muslos
- Pies+ nalgas ocupan estrecho superior
- Máxima flexión del feto pero invertido

Nalgas incompletas (25-30%)

- Modalidad de pies. Manifestación 1 ó ambos pies prolapsados en vagina
- Modalidad de rodillas

3. Elementos del parto

Motor del
parto

Fuerza para mover el
feto al exterior

Contracciones del útero
Presa abdominal

Canal del
parto

Espacio que debe
recorrer el feto y
supone una resistencia
hacia su
desplazamiento el
exterior

Pelvis, músculos
que la recubren
interiormente
Segmento uterino
Cuello útero, vagina
periné

Objeto del
parto

El feto

ORIGEN DE LAS CONTRACCIONES



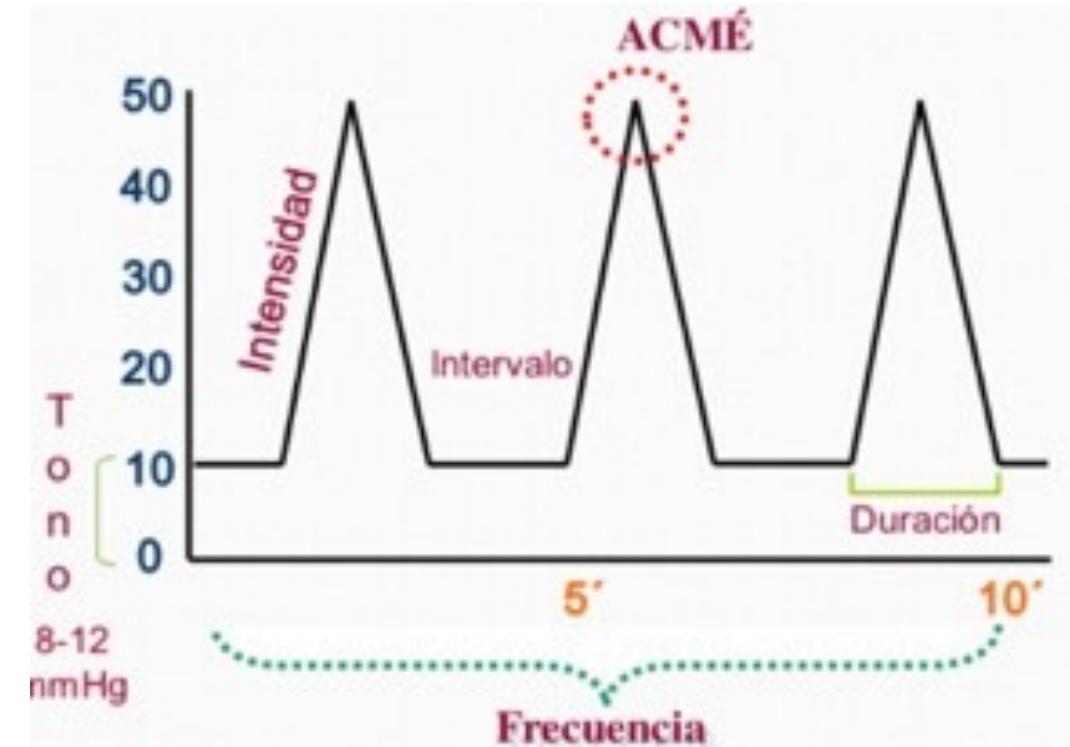
Dinámica normal : cuando las características frecuencia , intensidad duración y coordinación se ajustan a un patrón

Coordinación cuando el periodo inter contráctil y la intensidad es similar entre ellas.

La contracción se origina en el fondo del útero.

Reducción del flujo utero-placentario durante la contracción

UMBRAL DE POLAILLON

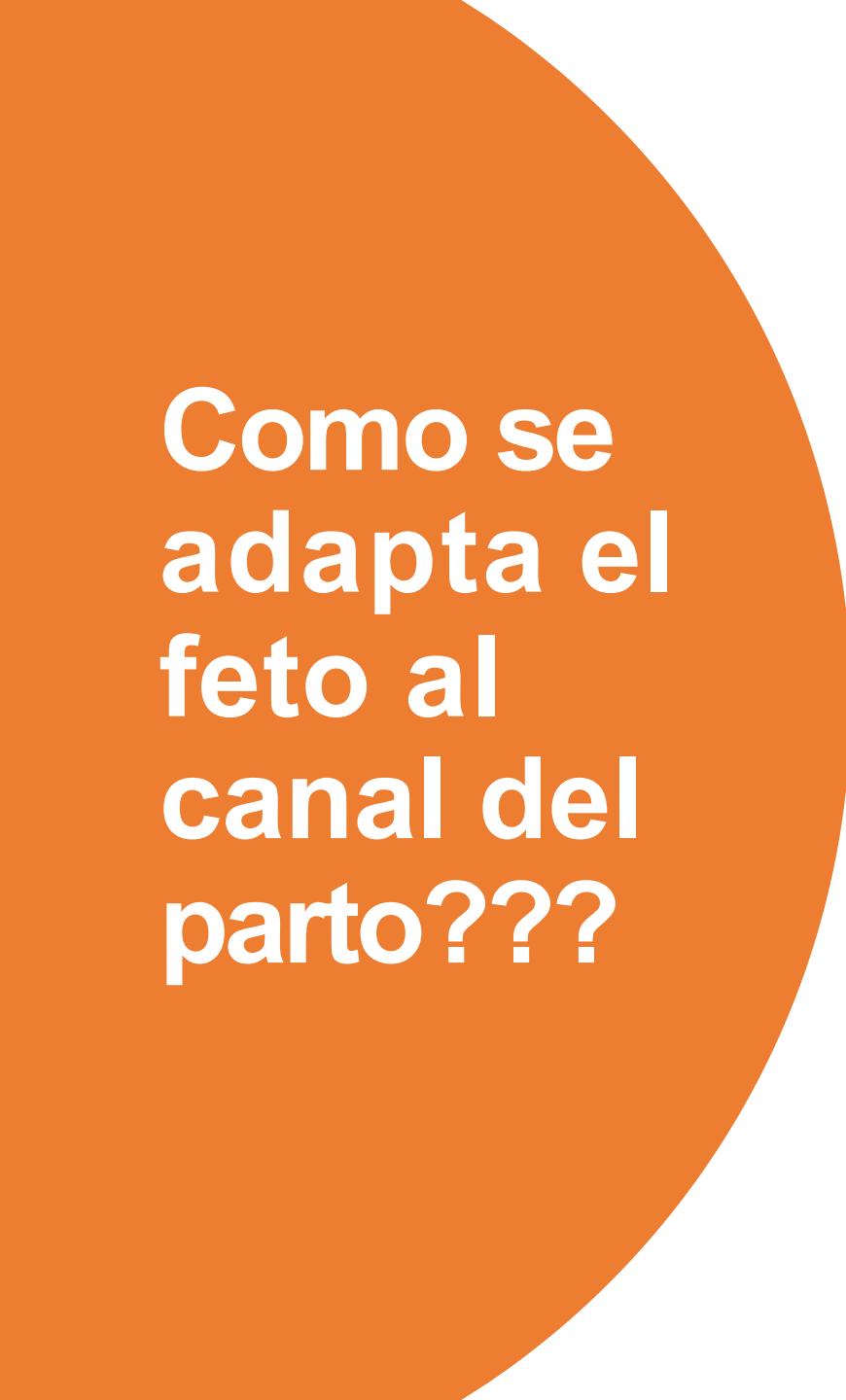


FASE ASCENDENTE

ACMÉ

FASE DESCENDENTE

LA DINAMICA VARIA CON LA POSICION MATERNA



Como se adapta el feto al canal del parto???

- I. ACOMODACION ESTRECHO SUPERIOR**
 - II. DESCENSO DE LA EXCAVACION**
 - III. ACOMODACIÓN ESTRECHO INFERIOR.**
 - IV. DESPRENDIMIENTO CEFALICO**
 - V. PARTO HOMBRO Y RESTO DEL CUERPO**
- 

I. ACOMODACION ESTRECHO SUPERIOR

Mediante tacto vaginal. Punto de guía I plano hodge

Cabeza II plano hodge (cabezafija)

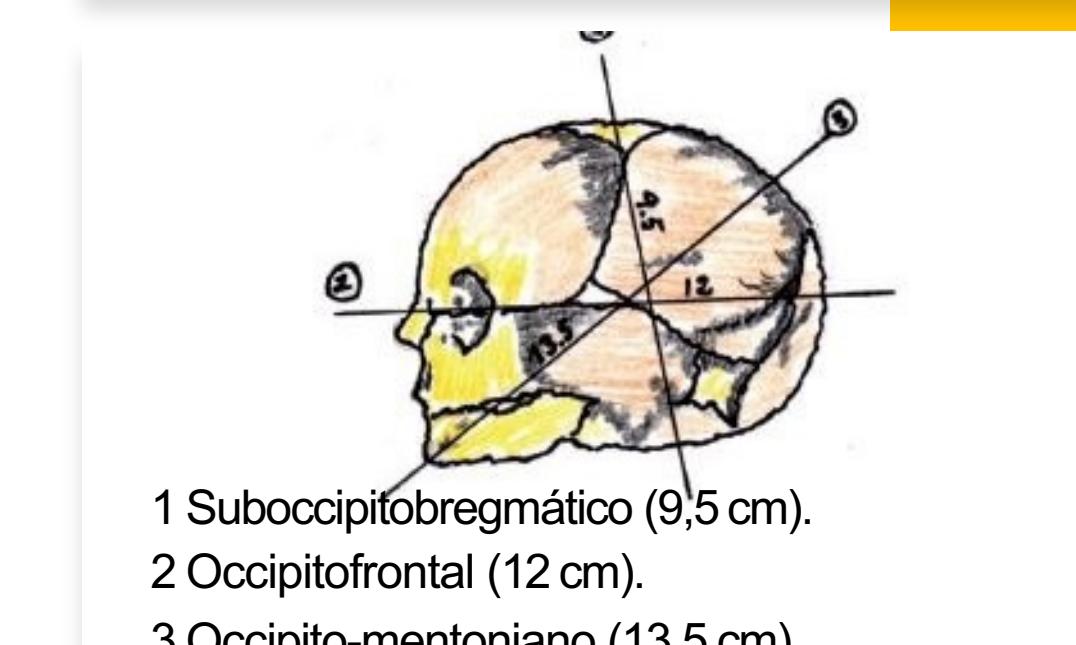
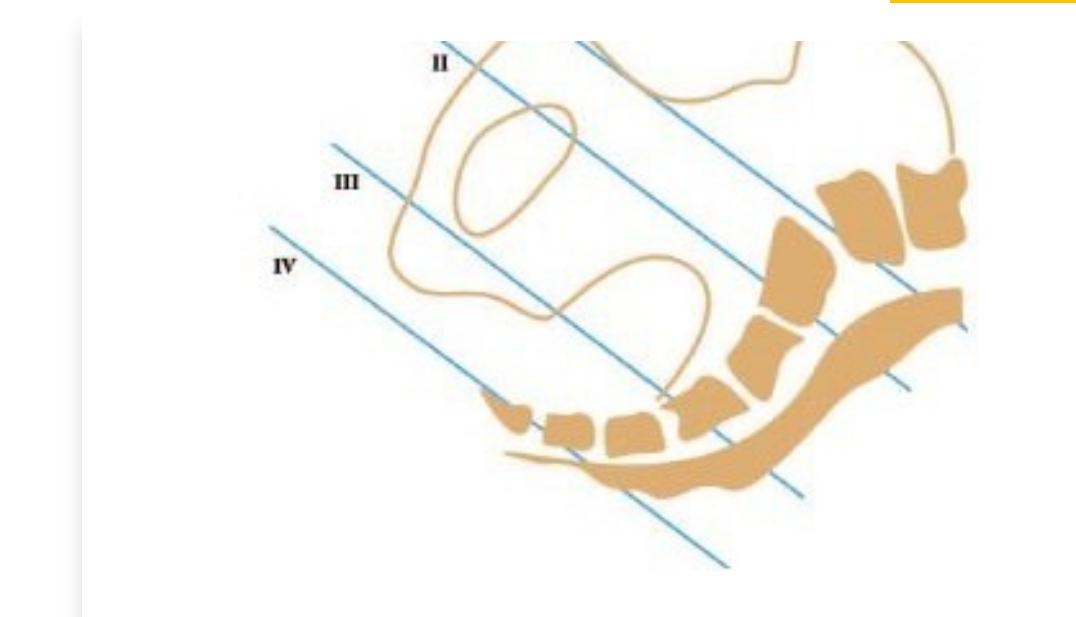
Sutura sagital transversa u oblicua. Respecto al eje sagital de la madre.

Setoca zona anterior la fontanela menor.

Cabeza se introduce en la pelvis orientando su eje mayor hacia el diámetro transverso o el oblicuo del estrecho superior

Flexion de la cabeza hace que presente su Diametro menor . Suboccipito bregmatico

El movimiento de flexión comienza durante del movimiento de acomodación al estrecho superior. Y se consigue la máxima flexión cuando está en el IV plano de hodge.



1 Suboccipitobregmático (9,5 cm).

2 Occipitofrontal (12 cm).

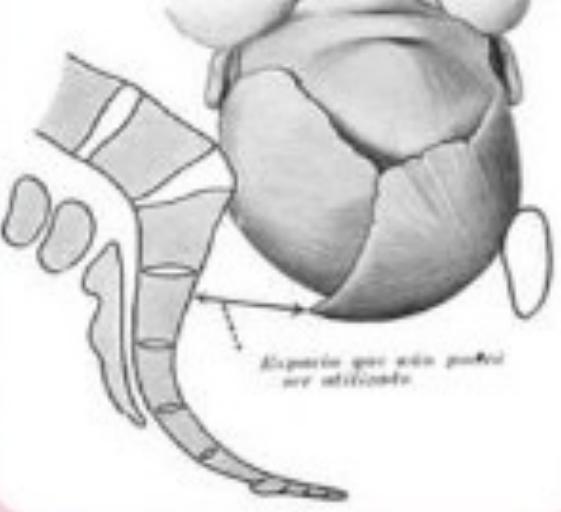
3 Occipito-mentoniano (13,5 cm).

II DESCENSO EXCAVACION O ENCAJAMIENTO

- Seproduce cuando **EL D. SUB OCCIPITO BREGMÁTICO** rebasa el estrecho superior, es cuando el punto de guía se encuentra en **III** plano.
- Para pasar de **E. Superior** al **E. Medio**, no precisa cambiar ni la actitud ni la posición de la cabeza.
- **ASINCLITISMO FLEXION DE LA CABEZA LATERALMENTE Y ASÍ PRESENTA UN DIAMETRO MENOR.**
- **SE INTRODUCE PRIMERO 1 PARIETAL Y LUEGO EL OTRO (75%)**
- **SINCLITICO NO LATERALIZACION DE LA CABEZA.**
- **ENCAJAMIENTO SINCLITICO CUANDO LOS DOS PARIETALES ENTRAN EN EL CANAL DEL PARTO AL MISMO TIEMPO**

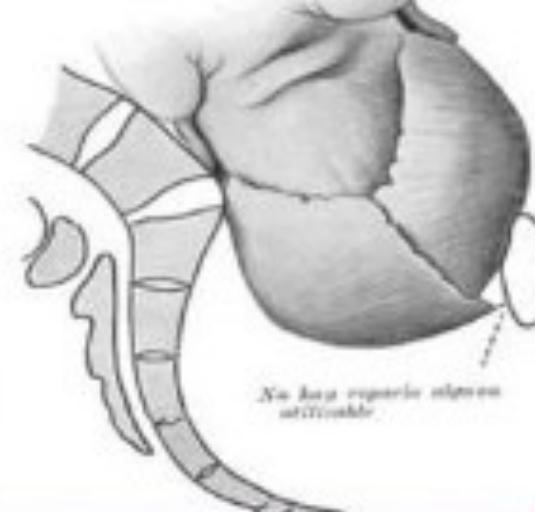


Sinclitismo:
Sutura sagital se encuentra equidistante de el pubis y el sacro maternos



Asinclitismo anterior:
Sutura sagital se acerca a el sacro, se presenta mas el parietal anterior

NAGLE



Asinclitismo posterior:
Sutura sagital se acerca a el pubis, se presenta mas el parietal posterior

LITZMANN

III ACOMODACION ESTRECHO INFERIOR

- Mientras desciende por la excavación pelviana la cabeza realiza un movimiento rotación para adaptar la sutura sagital al D anteroposterior del E. Inferior.
- La cabeza gira desde la posición transversa u oblicua a la posición anterior.
- Los hombros se sitúan en el E. Superior de la pelvis orientando el Dbiacromial al D. Transverso de la pelvis.

IV DESPRENDIMIENTO CEFALICO

- La cabeza comienza a salir a través del orificio de la vulva
- Occipucio queda fijo debajo de la sínfisis
- La cabeza y la columna inicia la deflexión
- Vásaliendo sincipuccio, la frente, la nariz, la boca y el mentón.

V. PARTO HOMBRO Y RESTO DEL CUERPO

- Tras el desprendimiento la cabeza hace un movimiento de rotación externa.
- Con el fin de adaptar el D. Biacromial al D. Anteroposterior del estrecho inferior.
- Hombro anterior debajo del arco púbico y se desprende
- Hombro posterior por la horquilla vulvar y resto del cuerpo



CUIDADOS EN LOS PERIODOS DE DILATACION

ADMISIÓN EN MATERNIDAD

- La admisión en maternidad de forma temprana o fase latente se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (oxitocina, analgesia epidural e intubaciones neonatales)
- Criterios de ingreso dinámica uterina regular. Cervix borrado mayor 50%. Dilatación 3-4 cm.
- Atender a mujeres que presenten contracciones dolorosas, que no estén en fase activa de parto, alentarles retorno a su domicilio hasta que se inicie la fase activa del parto

Historia clínica - exploraciones al ingreso

EXPLORACIÓN GENERAL

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

EXPLORACIÓN GENITAL....

AMNIOSCIPIA. NO SE RECOMIENDA VALORACION INICIAL DE LA MUJER DE BAJO RIESGO EN TRABAJO DE PARTO.

REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO

EXAMEN LABORATORIO Y ECOGRAFIAS

Intervenciones durante ingreso

- **AMNIOSCOPIA.**

- Procedimiento para evaluar la cantidad y/o el color del líquido amniótico, para detectar alteraciones que pudieran indicar compromiso fetal.
- Gran número de falsos negativos. . No es un procedimiento efectivo para la evaluación del color del líquido amniótico al ingreso en mujeres de bajo riesgo.
- **NO RECOMENDADA EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LA MUJER DE BAJO RIESGO EN TRABAJO DE PARTO.**

- **CARDIOTOCOGRAFIA.**

- A las mujeres que se realiza tienen **mayor probabilidad** de precisar analgesia epidural, **monitorización electrónica fetal** y **muestras de sangre fetal**.

No se aconseja el uso de CTG en admisión en embarazos de bajo riesgo al ingreso

Intervenciones durante la dilatación I

- **ENEMA**

- No reduce las tasas de infección materna, dehiscencia de la episiotomías, ni mejora satisfacción materna.
- su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos
- Se recomienda no utilizarlo de forma rutinaria durante el parto.

- **RASURADO**

- No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto. Se observó una menor colonización bacteriana gram negativa en las mujeres en las que no se realizó el rasurado.

- **LAVADO PERINEAL**

- El uso de cetrimida/clorhexidina, no es mas efectivo que el agua corriente.
- Se recomienda si precisa lavado previo a la exploración usar agua corriente

Intervenciones durante la dilatación II

- **ATENCION UNA A UNA**

- El contar con apoyo una a una durante todo el trabajo de parto se asoció con una menor probabilidad de utilizar analgesia epidural, parto vaginal instrumentado
- Mas probabilidad de tener un parto vaginal espontaneo.
- Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona

- **MOVILIZACIÓN Y ADOPCIÓN DE DIFERENTES POSICIONES**

- Se debe alentar y ayudar a las mujeres , incluso a las que utilizan analgesia epidural a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación.
- Y movilizarse si así lo desean previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

AMNIORREXIS Y UTILIZACIÓN DE OXITOCINA

- Se recomienda no realizar amniorexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma natural, su uso no mejoran los resultados

Intervenciones durante la dilatación III



Medidas asepsia



HIGIENE DE MANOS

Antes de cada episodio de contacto
Con la mujer

Actividad que puede resultar potencial de contaminación.

Limpieza de manos sucias con agua y jabón.



VESTIMENTA

Utilización de traje de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicadura de sangre, fluidos corporales a la piel del profesional.



USO DE GUANTES

Usar en procedimientos invasivos
Contactos lugares estériles
Membranas o mucosas no intactas

Actividades con riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, excreciones, Instrumentos cortantes o contaminados.

Guantes de un solo uso
Colocar inmediatamente antes de un episodio, al contacto y retirar inmediatamente

Cambiar de guantes entre paciente y actividades diferentes.



USO MASCARILLAS

Usar las mascarillas fáciles y las protecciones oculares cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en cara o en los ojos

ACOMPAÑAMIENTO

- ✓ Apoyo continuo profesional durante el trabajo de parto tienen más probabilidad de parto vaginal espontaneo.
- ✓ Menos probabilidad de recibir analgesia epidural, tener parto vaginal o finalice instrumental.
- ✓ Parto por cesárea e informar insatisfacción con la experiencia de parto
- ✓ facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección

RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS Y SOLIDOS

- ✓ No hay evidencia para valorar el tiempo de ayuno seguro.
- ✓ No hay evidencia que la ingesta de solidos influya en los resultados obstétricos
- ✓ No hay estudios potentes para evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves como SINDROME DE MENDELSON.
- ✓ Ingesta de líquidos claros no influye sobre la evolución del parto, duración, tipo, empleo oxitocina ni resultados en RN
- ✓ mejora el confort y la satisfacción materna
- ✓ Bebida recomendada Isotónicas mejor que agua.
- ✓ Hidratación intravenosa solo cuando haya signos deshidratación, que requiera VI

Fases del parto

1 etapa periodo dilatación	2 ^a etapa Periodo expulsivo	3 ^a etapa Periodo alumbramiento
Comprende el tiempo desde el inicio de las 1 ^a contracciones hasta la dilatación completa	Intervalo de tiempo que comprende desde que se produce la D.C hasta que el feto es expulsado al exterior de la cavidad uterina	Es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.
F. Latente Desde el comienzo de las contracciones hasta 2-4 cm. Es lenta , 8 h primíparas y 6 multíparas.	Serealizan los movimientos cardinales del parto: Flexión, descenso, encajamiento, rotación interna, desprendimiento de la presentación. Rotación externa, expulsión de hombros y resto del cuerpo. Periodo critico para el feto	Mayor complicación HPP. Responsable de la 1/4 parte de las muertes maternas en el mundo.
Fase activa (OMS 2018) 5 cm Desde 2-4 cm dilatación hasta dilatación completa.(10 cm) Periodo aceleración hasta 4 cm dilatación . Duración 2h apr. Máxima velocidad 8-9 cm. Duración 2h. Periodo desaceleración hasta conseguir Dilatación completa	<u>Duración normal de la fase pasiva</u> 2 h. en nulíparas tanto si tiene analgesia epidural como si no. En multíparas 1h si no tiene analgesia Epidural y 2h con A. epidural <u>Duración normal de la fase activa</u> Nulíparas 1 h sin A. Epidural . 2 h si la tienen. Multíparas 1 h con o sin epidural. OMS DURACION 3H PRIMIPARAS-2 H SUBSIGUIENTES PARTOS	<u>Duración 3^a Etapa</u> <u>Prolongada</u> si no se completa a los 30 mt con manejo activo. 60 mt con alumbramiento espontaneo MUJER INFORMADA DEL MANEJO ACTIVO ACORTA DURACION, PREVIENE HPP,NECESIDAD DE OXITOCINA

Guía de atención al parto normal

- Fase latente

- ✓ periodo del parto que transcurre entre el inicio de parto y hasta 4 cm. de dilatación.

- Fase activa

- ✓ Periodo que transcurre desde los 4 cm - 10 cm dilatación. Acompañado de dinámica regular.

- Duración de las fases

- ✓ No es posible establecer la duración de la fase latente , debido la dificultad de determinar el comienzo del parto.

.

- Duración de la fase activa

- ✓ es variable entre mujeres y depende de la paridad.

- ✓ Progreso no es lineal

- ✓ Primíparas 8 h duración, improbable que dure + 18h.

- ✓ Multíparas promedio duración 5 horas, improbable +12h.

Retardo en el parto

La amniorresis seguida de infusión de oxitocina a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del parto y mejora el grado de satisfacción materna, pero **NO mejora las tasas de partos vaginales ni otros resultados.** No evidencia sobre efecto oxitocina en el trazado de la FCF

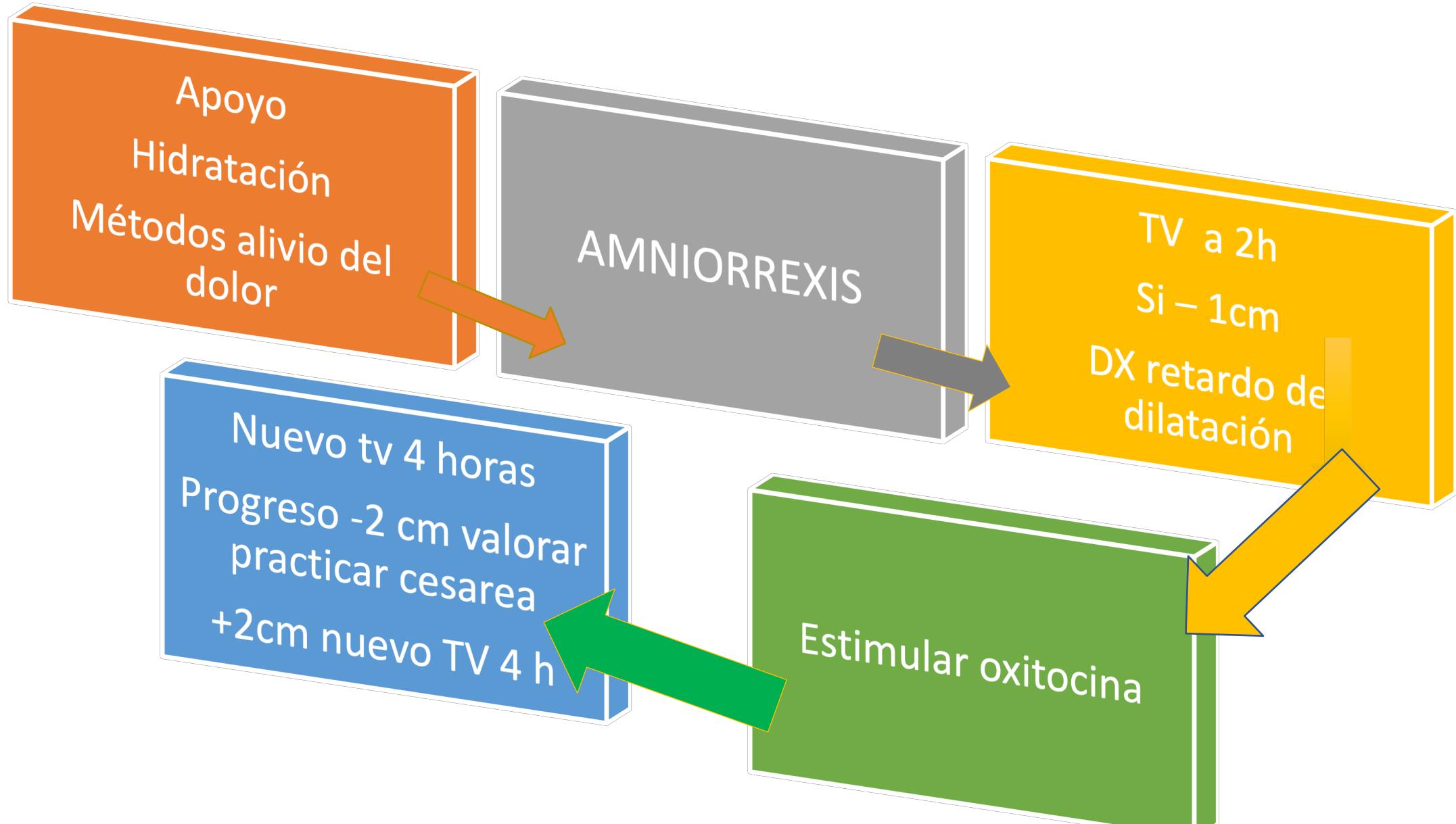
Incertidumbre sobre altas dosis de oxitocina frente a dosis bajas, mujeres que la reciben durante la estimulación del parto presentan menor numero de cesáreas totales así como mayor numero de partos vaginales espontaneas. Evidencia clínica probado es inconsistente.

DX prolongación de 1^a etapa del parto

- Descenso y rotación de la cabeza feta
- Cambios en la intensidad , frecuencia y duración de las contracciones uterinas
- Posición y altura de la presentación.
- Estado emocional de la mujer
- Estado fetal

TRATAMIENTO DEL RETARDO DE LA DILATACIÓN.

Fase activa de la 1^a etapa del parto



Prevención infección perinatal EGB

Sin medidas de protección 1-2 % de los RN de madres portadoras del EGB desarrollan infección neonatal precoz.

Cursa como septicemia, neumonía o meningitis.

- ✓ Aumenta el riesgo de infección : prematuridad
- ✓ Rotura Prolongada de membranas
- ✓ fiebre intraparto
- ✓ RN previo afectado

INDICACIONES EGB

realizar 35-37 , preferentemente 36. repetir a las 5 semanas si no parto

NO determinación si

- ✓ hijo anterior afectado por infección neonatal Egb
- ✓ presencia de Egb en orina

Realizar profilaxis ATB intraparto
Si mas de 1 cultivo realizado tomar por valido el ultimo resultado.

Recogida muestra tercio externo vagina y recto. No + 24 horas frigorífico.

mayor tiempo disminuye inoculo Egb presente en la muestra . Resultados falsos negativos

PROFILAXIS ANTIBIOTICA INTRAPARTO NO INDICADA

Cultivo vagino rectal negativo

Cesárea programada sin comienzo de parto y membranas integras, aunque resultado EGB +

Partos + 37 SG sin factores de riesgo. observación RN

PAUTA EGB+
Penicilina 5 millones(IV) /2.5 c/ 4 h hasta final de parto

Ampacilina 2gr IV/ 1 gr. c/ 4 horas hasta final parto

Profilaxis ATB optima si comenzar al menos 4 h antes del parto, administrar 2 dosis antes nacimiento.

