



Tema 1

Atención a la mujer durante el parto

Contenidos

1 Elementos del canal del parto

- 1.1 Canal del parto
- 1.2 Objeto del parto
- 1.3 Motor del parto

2 Estática del feto

- 2.1 Maniobras de Leopold
- 2.2 Diagnóstico de la presentación
- 2.3 Movimientos cardinales de la presentación cefálica
 - 2.3.1 Motivos de la rotación intrapélvica

3 Test

- 3.1 Respuestas

TEMA 1: ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PARTO

El parto es el proceso por el cual el feto sale al exterior del cuerpo materno. El parto puede ser llamado eutócico (cuando la expulsión del feto y sus anejos sucede después de la 37 semanas completas) o distócico (cuando el parto por vía vaginal necesita de maniobras o intervenciones).

1 Elementos del canal del parto

Ampliada la explicación y con dibujos en el tema "anatomía del aparato genital femenino".

Los elementos del canal son tres:

- El canal, que es aquel que debe atravesar el feto para salir, y cuenta con el **canal óseo** y con el **canal blando**.
- El **motor** que son las contracciones y la prensa abdominal que impulsan el feto al exterior.
- El **objeto** del parto que es el feto.

Las alteraciones del parto pueden surgir de cualquiera de los tres elementos mencionados.

1.1 Canal del parto

El **canal óseo** es un anillo osteoarticular constituido por 4 huesos (2 coxales, el sacro y el cóccix) y 4 articulaciones (2 sacroilíacas que son sinartrosis, la sínfisis del pubis que es cartilaginosa y la sacrocoxígea que es una anfiartrosis).

Los planos de la pelvis, descritos en el tema del aparato reproductor femenino, son:

1. Estrecho superior: plano de entrada a la pelvis, limitado por detrás por el promontorio (prominencia de la 5ª vértebra lumbar y la 1ª sacra) y las alas del sacro; a los lados por la cresta pectínea; y delante por las alas ramas horizontales del pubis y la sínfisis del pubis. El diámetro mayor es en sentido oblicuo o transverso. Diámetros:

Anteroposterior:

- a. Diámetro anteroposterior: desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica. Mide 11,5-12 cm.
- b. Conjugado obstétrico o verdadero: desde promontorio hasta cara posterior de la sínfisis del pubis. Mide 11 cm (conjugado diagonal menos 1,5 cm).
- c. Diámetro conjugado diagonal: desde promontorio hasta borde inferior de la sínfisis del pubis. Mide 12,5 cm.

Transverso:

- a. Diámetro transversal verdadero, útil o medio: es perpendicular al anterior y va desde un lado de la línea innominada al contralateral, está situado a la misma distancia entre la sínfisis del pubis y el promontorio. Mide 12-12,5 cm.
- b. Diámetro transversal máximo: situado algo más posterior que el anterior. Mide 13 cm.

Oblicuos:

- a. Diámetro oblicuo derecho o primero: desde la articulación sacroilíaca derecha hasta la eminencia ileopectínea izquierda. Mide 12-13 cm y es la más utilizada por el feto para su descenso.
- b. Diámetro oblicuo izquierdo o segundo: desde la articulación sacroilíaca izquierda hasta la eminencia ileopectínea derecha. Mide 12-13 cm.

2. Estrecho medio o pelvis media: se mide a nivel de las espaldas, que corresponde al plano medio o de menores dimensiones pélvicas. Su forma es oval. Con eje máximo anteroposterior.

La excavación pelviana es un espacio limitado por arriba por el estrecho superior y por abajo por el estrecho inferior.

- a. Diámetro anteroposterior: mide 12 cm.
- b. Diámetro transversal (interespinoso): mide 10,5 cm.

Es el plano de las máximas dimensiones pélvicas y es casi circular. Con un diámetro anteroposterior y transversal de 12,5 cm.

3. Estrecho inferior: es el plano de salida o límite inferior de la pelvis menor. Sus límites son por detrás, la punta del cóccix, por el lateral, el borde inferior de los ligamentos sacrociáticos mayores, las tuberosidades isquiáticas y las ramas isquiopúbicas, y por delante el borde inferior de la sínfisis del pubis. Tiene forma ovalada y el eje mayor es el anteroposterior. Sus diámetros son:

- a. Diámetro anteroposterior: subpubosubcóccigeo, mide 9,5 pero al retroceder el coxis alcanza los 11-12 cm.

- b. Diámetro transverso: interespinoso, mide 11 cm.
- c. Diámetro sagital posterior: desde la mitad del diámetro intertuberositario hasta el extremo del cóccix, mide 7,5 cm.

Índice de Borell: sirve para evaluar el volumen del orificio inferior de la pelvis. Es la suma de los diámetros biciático, biisquiático y subsacrosubpúbico. Se denomina línea de Carus a la curva general del canal del parto descrita por una línea cuyo trazado pase por el centro de cada uno de los planos antes descritos, esta línea es la que sigue el feto en su descenso.

El **canal blando** de la pelvis presenta tres planos:

- Plano superficial:
 - Isquiocavernoso
 - Bulbocavernoso
 - Transverso superficial
 - Esfínter estriado del ano
- Plano medio:
 - **Esfínter estriado de la uretra**
 - **Transverso profundo del periné**
- Plano profundo:
 - Elevador del ano con sus dos ramas, la ileocóxigea y la pubocóxigea
 - Músculo coxígeo
 - Músculo piriforme
 - Ligamento sacrotuberosos
 - Ligamento sacroespinosos

1.2 Objeto del parto

El objeto del parto **es el feto**, el cual puede influir en la evolución del parto según su tamaño y su presentación.

La cabeza fetal, con forma ovoide maleable por las fuerzas externas, tiene las siguientes características.

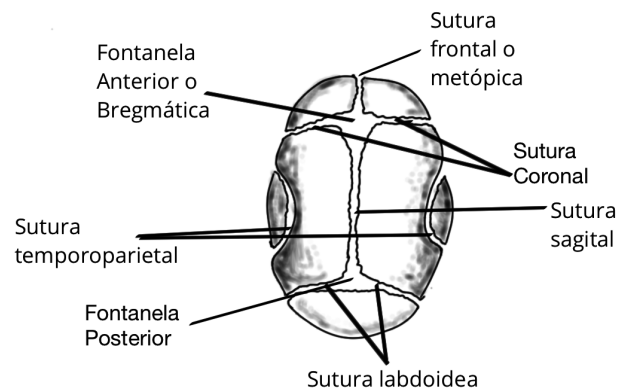
- Huesos craneales (a efecto del estudio del tema; hay más):
 - **Dos frontales**
 - Dos parietales
 - Un occipital
- Suturas (espacio membranoso que existe entre los huesos):
 - Sagital, interparietal o biparietal: entre ambos parietales.
 - Frontal o metópica: entre ambos frontales, desde el bregma hasta la glabella (prominencia entre las cejas).

- Coronaria o frontoparietal: separan los frontales de los parietales.
- Lambdoidea u occipitoparietal: separa los parietales del occipital.

• Fontanelas:

- Mayor, bregma, bregmática o anterior: formada por cuatro lados, forma romboidea, confluencia de parietales y frontales. Mide DAP 4 cm, DT 3 cm. Es pulsátil y se cierra a los 12-18 meses de vida.
- Menor, lambda, lambdoidea o posterior: formada por tres lados, forma triangular, confluencia de occipital y los parietales. Se cierra a los 2-4 meses.
- Lateral anterior, pterión o ptérica: entre frontal, esfenoidal, temporal y parietal.
- Lateral posterior, asterión o astérica: entre parietal, occipital y temporal.

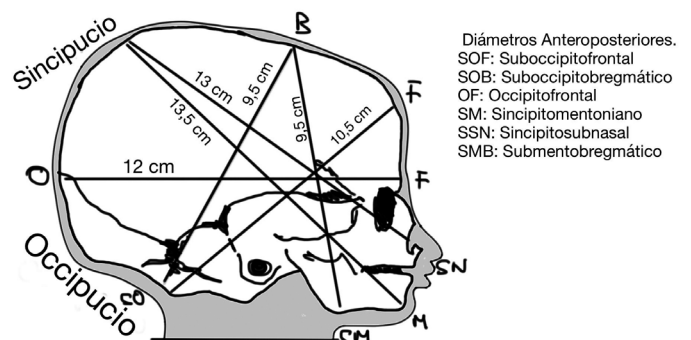
(Las fontanelas laterales o de Casser carecen de importancia diagnóstica).



Dibujo 1. Cabeza fetal: huesos, suturas, fontanelas

• Dimensiones de la cabeza fetal:

- Bitemporal: 8 cm (entre pterión).
- Biparietal: 9,5 cm (entre eminencias parietales).
- Suboccipitobregmática: 9,5 cm.
- Suboccipitofrontal: 10,5 cm.
- Occipitofrontal: 10,5 cm.
- Sincipitomentoniana: 13,5 cm.
- Submentobregmática: 9,5 cm.



Dibujo 2. Dimensiones de la cabeza fetal

Tema 1: Atención a la mujer durante el parto

El cuerpo fetal tiene las siguientes medidas:

- Biacromial: 12 cm que se transforma en 9,5 -9 con la compresión al paso por el canal.
- Bitrocantérea: 9 cm.

Las circunferencias o perímetros fetales son:

- Suboccipitobregmático: 32 cm.
- Biacromial: 35 cm.
- Bitrocantérea: 27 cm.

1.3 Motor del parto

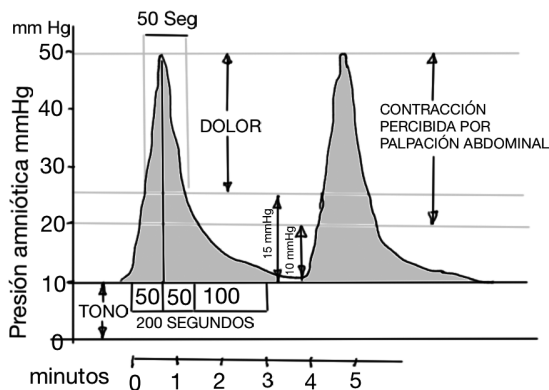
El motor del parto son las contracciones que se inician en el fondo uterino y se transmiten a través de las fibras musculares hasta el cuello uterino, el cual va modificándose y dilatándose. Las fibras musculares además del impulso nervioso necesitan ATP (adenosintrifosfato) como fuente de energía.

Los factores hormonales influyen en la contracción, así los estrógenos aumentan el potencial de membrana, aumentando así la contractilidad de las fibras musculares. En cambio la progesterona tiene un efecto hiperpolarizante sobre el potencial de membrana, disminuyendo la conducción.

El potencial de reposo de la membrana está determinado por las contracciones iónicas de Na y K a un lado y al otro de la membrana.

Características de la contracción:

- Ascenso: aumento rápido, 50 segundos.
- Acmé: máxima contracción, dura breves segundos.
- Relajación. Dos fases: una rápida, con veloz disminución de la presión en 50 segundos y otra lenta, con una disminución progresiva de la presión, de 100 segundos, aunque puede acortarse por el inicio de una nueva contracción.



Dibujo 3. Características de la contracción

En múltiparas se observan de ordinario mayores tasas de descenso durante la fase de máxima pendiente.

Las contracciones uterinas pueden palparse a partir de 20 mm de Hg, siendo dolorosas desde los 25-30 mm de Hg (dependiendo del umbral del dolor de la mujer), y no pudiendo deprimir el útero desde los 40 mm de Hg.

Las contracciones tienen varias funciones:

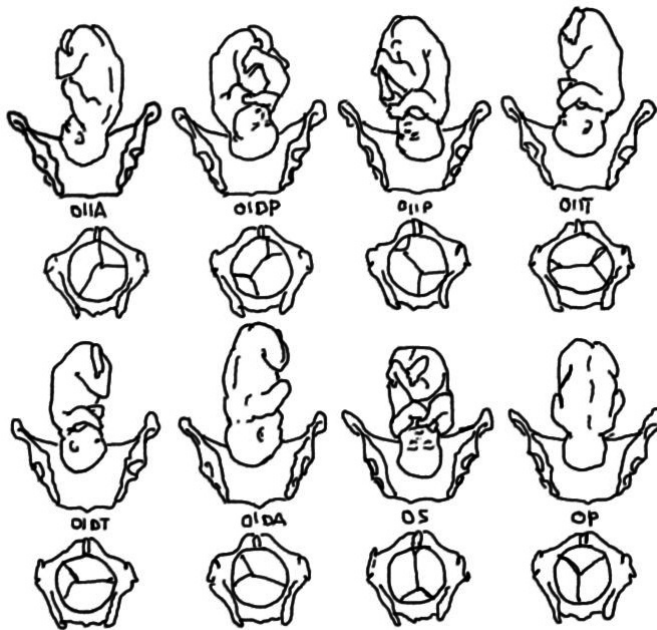
- Hacer avanzar al feto a través del canal del parto.
- Formación y ampliación del segmento inferior, cuya función es dirigir la fuerza de las contracciones hacia el cuello uterino, al final del trabajo de parto mide unos 10 cm y pocos milímetros de espesor. De haber una rotura uterina en el trabajo de parto será por este segmento por donde se rompa.
- Borramiento y dilatación; comenzando por el orificio cervical interno (OCI) y continuando el orificio cervical externo (OCE), las fibras musculares traccionan del cuello en dirección cefálica. En las primigestas primero sucede el borramiento y después la dilatación hasta los 10 cm; en la mujer que ya ha tenido un parto el borramiento y la dilatación suceden simultáneamente.
- Formación de la bolsa de las aguas: que es la parte de las membranas amnióticas que quedan al descubierto cuando empieza el trabajo de parto.

2 Estática del feto

La estática del feto se compone de cuatro elementos:

- Situación: es la relación del eje longitudinal del feto en comparación con el eje materno. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua (variante de la transversa).
- Actitud: relación entre las diversas partes del cuerpo fetal. La actitud del feto suele ser la flexión formando una masa ovoide.
- Posición: relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación con respecto al lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Casi el 66 % son vértice occipital izquierda y 33% derecha. Así la posición puede ser:
 - OP, occipito púbrica.
 - OIIA, occipitoilíaca izquierda anterior (la más frecuente).
 - OIIT, occipitoilíaca izquierda transversa.
 - OIIP, occipitoilíaca izquierda posterior.

- OS, occipito sacra.
- ODP, occipitoilíaca derecha posterior.
- ODT, occipitoilíaca derecha transversa.
- OIDA, occipitoilíaca derecha anterior.

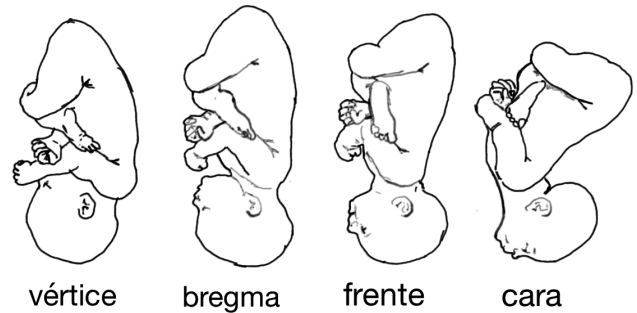


Dibujo 4. Posición fetal más frecuente

- Presentación (P): parte del feto en relación con el plano de entrada. Puede ser:
 - P cefálica flexionada: occipucio.
 - P de nalgas: sacro.
 - P de cara: mentón.
 - P de hombro: el acromion.

En la presentación cefálica son importantes los diámetros longitudinales de la cabeza:

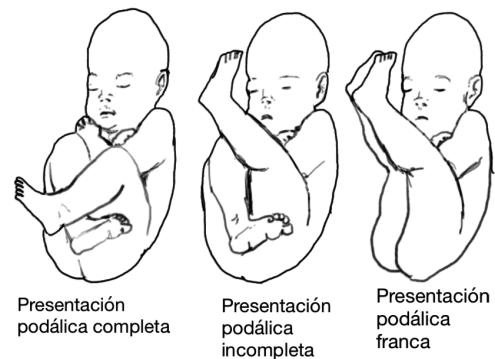
- Diámetro suboccípito-bregmático: 9,5 cm desde suboccipucio hasta el bregma. Presentación flexionada (la más favorable). Punto guía: fontanela menor. Denominación: OI (occipitoilíaca).
- Diámetro occipito-frontal: 12 cm, desde protuberancia occipital hasta raíz de la nariz. Presentación con ligera deflexión, actitud militar; presentación de sincipucio. Punto guía: fontanela mayor o bregma. Denominación: Si I (sincipitoilíaca).
- Diámetro mentooccipital: 13,5 cm desde mentón hasta punto más distante del occipital. Grado intermedio de deflexión. Punto guía: sutura metópica. Denominación: FI (frontoílíaca).
- Diámetro submentobregmático: 9,5 cm, desde debajo del mentón hasta el bregma, máxima deflexión. Punto guía: mentón. Denominación: MI (mentoílíaca).



Dibujo 5. Presentación cefálica

En la presentación podálica, SI (sacroilíaca), todas las podálicas son longitudinales, las variedades son:

- P nalgas simples, puras o francas: nalgas en plano de entrada, piernas flexionadas sobre abdomen y tronco.
- P nalgas y pies; puede ser completa (nalgas y 2 pies), o incompleta (nalgas y 1 pies).
- P pies; completa (los 2 pies) o incompleta (1 pies).
- P rodillas; completa o incompleta.



Dibujo 6. Presentación podálica

La incidencia de la presentación pélvica es del 3%, las placentas implantadas en segmento inferior aumentan la incidencia.

La nomenclatura para las variedades de posición de nalgas son:

- SIIA: sacroilíaca izquierda anterior.
- SIIT: sacroilíaca izquierda transversa.
- SIIP: sacroilíaca izquierda posterior.
- SIDA: sacroilíaca derecha anterior.
- SIDT: sacroilíaca derecha transversa.
- SIDP: sacroilíaca derecha posterior.

En la presentación de tronco, AI (acromioílíaca), lo que presenta es el hombro, por eso se le llama también

Tema 1: Atención a la mujer durante el parto

presentación de hombro, se da en las situaciones oblicuas o transversas; el parto vaginal es imposible en partos a término.

La nomenclatura para las variedades de presentación de hombros son:

- AIIA: acromioilíaca izquierda anterior.
- AIIP: acromioilíaca izquierda posterior.
- AIDA: acromioilíaca derecha anterior.
- AIDP: acromioilíaca derecha posterior.

| PRESENTACIÓN FETAL | | | | | |
|--------------------|------------------------|--------------|--|-----------------|------------------------|
| | Presentación | Denominación | Características | P guía | Diámetro |
| P cefálica | Occipucio | OI | Flexión máxima | F menor | Suboccipito-bregmático |
| | Sincipucio | Si I | Ligera deflexión | F mayor | Fronto-occipital |
| | Frente | FI | Intermedia deflexión | Sutura metópica | Mento-occipital |
| | Cara | MI | Máxima deflexión | Mentón | Submento-bregmático |
| P podálica | Nalgas simples o puras | SI | Piernas flexionadas sobre abdomen y tronco | Sacro | |
| | Nalgas y pies | | Completa o incompleta | | |
| | Pies | | | | |
| | Rodillas | | | | |
| P tronco | El hombro | AI | Situación oblicua o transversa | Acromion | |

2.1 Maniobras de Leopold

Las maniobras de Leopold y Sporlin fueron descritas en 1894 y sirven para describir la estática del feto dentro del útero con las manos puestas sobre el vientre materno.

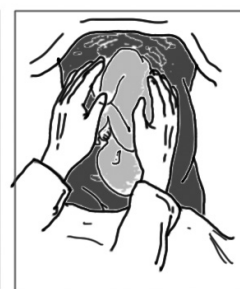
Será difícil si la mujer es obesa, hay aumento del líquido amniótico o con las placenta en cara anterior. Son cuatro maniobras:

- 1ª. Data la duración del embarazo. Diagnostica la presentación fetal y la duración del embarazo. De pie frente a la mujer mirando hacia su cara, palpando el fondo uterino.
- 2ª. Diagnostica la posición y la situación fetal. De cara a la mujer palpando los costados de la cavidad uterina.
- 3ª. Diagnostica la presentación y cierta información de la situación. De cara a la mujer palpando encima de la sínfisis.
- 4ª. Diagnostica la presentación, posición, actitud y relación entre presentación y pelvis. Única maniobra que se realiza dando la espalda a la mujer, mirando hacia sus pies. En relación a la actitud hay que distinguir:

- Si la frente está más alta que occipucio: P occipucio.
- Si la frente está más baja que occipucio: P frente.
- Si la frente no se palpa y se observa una brusca solución de continuidad (signo del hachazo): P cara.



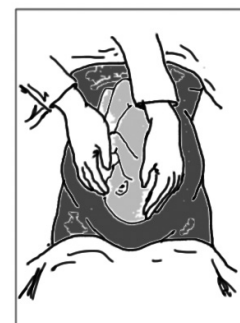
primera maniobra



segunda maniobra



tercera maniobra



cuarta maniobra

Dibujo 7. Maniobras de Leopold