



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Resumen sobre “Contracciones y parto”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Ginecología y obstetricia”

Docente:

Dr. Mauricio Solis Pérez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 19 de marzo de 2024.

Contracción

Se definen como el resultado del acortamiento de las fibras miométricas y de la integración de las fuerzas del tejido conjuntivo que las inerva, representan el motor del parto. No todas las contracciones indican que el trabajo de parto ha iniciado. Las contracciones de **Braxton Hicks** generalmente son palpables y esporádicas, no tan dolorosas y se pueden presentar a partir de la semana 20, cortas y no van en aumento; son para ablandar y tonificar el cuello uterino, facilitando el flujo de sangre a la placenta con el objetivo de preparar el útero para el momento verdadero de parto, en ese momento funcionan dilatando el cérvix y empujando al feto al exterior.

A nivel celular la unidad funcional es la fibra muscular uterina, y entran en acción: la membrana celular (Ca^{2+} y ATP dependientes), las proteínas contractiles, los cuerpos densos (donde hace anclaje la actina), retículo sarcoplásmico y la tubulina del citoesqueleto (almacenan y regulan el Ca^{2+}). La modulación de la actividad se es por hormonas: estrógenos (miometrio) y progesterona.

La contracción va a depender de la interacción de la actina y miosina + la actividad eléctrica celular secundaria a cambios iónicos entre el interior y exterior celular. Así los potenciales de descarga y la duración de los episodios de potenciales de acción van a determinar: La frecuencia, duración e intensidad.

Las contracciones del **trabajo de parto verdadero** tienen características: **Ritmo, frecuencia, duración, ser dolorosas y palpables.**

La **fase prodrómica** es previa al inicio del trabajo de parto en el que las contracciones son irregulares, no se intensifican, como se presentaban durante el embarazo. Los pródromos del trabajo de parto más significativos son:

- Desprendimiento del tapón mucoso
- Dolores en la espalda baja
- Dolores en el vientre bajo

Parto

<< Fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta a partir de la semana 22 de gestación >>

Consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas, hacen que el feto descienda hacia el canal de parto.

En el inicio del parto pueden verse de **3-5 contracciones cada 10 minutos oscila entre los 30 y 90 segundos la intensidad se promedia en 40 mm/Hg (20-60 mm/Hg)**, si hay un aumento en esta frecuencia se llama taquisistolia (aumento del ritmo y cantidad).

Es importante conocer la posición del feto respecto al canal de parto, para comprobar si se hace un parto natural o es necesaria una cesárea, los **planos de Hodge** es un método de evaluación a través del tacto vaginal, son 4 planos:

- A) Primer plano: Promontorio al borde superior de la sínfisis del pubis (libre)
- B) 2da. Vertebra sacra al borde inferior de la SP (fijo)
- C) Espinas ciáticas hasta la vertebra sacra (encajado)
- D) Vértice del cóccix (encajado)

El parto requiere transformaciones en las funciones uterinas y cervicouterinas, se dividen en **cuatro fases**:

- 1) **Quiescencia**: Fase preliminar del parto
- 2) **Activación**: Preparación para el trabajo de parto
- 3) **Estimulación**: Procesos del trabajo de parto, incluye 3 **períodos clínicos**:
 - a. **Borramiento y dilatación**: Inicia con las contracciones y termina con 10 cm de dilatación (dilatación completa) y el borramiento. Dividido en dos fases.
 - i. Latente: Suele ser la más lenta, se considera cuando la paciente tiene hasta 4 cm. De dilatación. Máximo dura 20 hrs. Hay ciertas diferencias entre nulíparas y multigestas:
 - En nulíparas es más tardado, primero suelen borrar y después dilatar. Aprox. 1-1.2 cm por hora. Puede durar entre 8 y 20 hrs.
 - Multigestas dura aprox. 14 hrs. El borramiento y dilatación suelen ir juntos y dilatan aprox. 1.5-2 cm por hora. Aprox. 5-14 hrs.
 - ii. Activa: Es más rápida que la latente, la paciente ya tendrá ≥ 5 cm. De dilatación, generalmente aumenta 1 cm por hora, aunque se ha visto que en pacientes multíparas (aprox. 4 hrs para una dilatación completa) es más rápido que en nulíparas (aprox. 6 hrs).
 - b. **Expulsión**: Inicia con la dilatación completa y el borramiento, termina con la salida del feto. Si hay analgesia obstétrica puede

prolongarse a 1 hr. También en nuliparas y multiparas habrán diferencias de tiempo:

- i. N: Aprox. 50 minutos
 - ii. M: Aprox. 20 minutos
- c. **Alumbramiento:** Inicia con la salida del feto y termina con la expulsión de la placenta (no >30 min) y membranas. Puede ser
- i. Espontánea
 - ii. Dirigido
 - iii. Manual

Mecanismos: Schultze (80%) o Duncan (20%).

4) **Involución:** Recuperación de la parturienta.

Referencias Bibliográficas:

Catherine Y Spong, John Whitridge Williams y Steven L. Bloom. (2019). Williams Obstetricia . Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. (pp. 400)