

**Materia:**  
**Ginecología y obstetricia.**

**Nombre del trabajo:**  
**“Resumen”**

**Alumna:**  
**Keyla Samayoa Pérez.**

**Grupo: “A” Grado: “6”**

PASIÓN POR EDUCAR

**Docente:**  
**Dr. Mauricio Solís Pérez.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de marzo de 2024.

## FISIOLOGIA DE CONTRACCION.

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas potentes y dolorosas que producen dilatación del cuello uterino y hacen que el feto descienda por el conducto del parto. Tanto el útero como el cérvix experimentan una preparación intensa mucho antes de que esto ocurra.

En las primeras 36 a 38 semanas del embarazo normal, el miometrio se encuentra en un estado preparatorio, pero todavía sin respuesta. Al mismo tiempo, el cuello uterino comienza una primera etapa de remodelación denominada *ablandamiento*, aunque mantiene su integridad estructural. Después de esta quiescencia uterina prolongada, se observa una fase de transición durante la cual se suspende la falta de respuesta miometrial y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de la integridad estructural.

Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo de parto todavía no se han definido. Sin embargo, es claro que el comienzo del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino.

Éstos se deben a señales endocrinas y paracrinas que proceden de la madre y el feto. Sus aportaciones relativas varían entre distintas especies y son estas diferencias las que complican la dilucidación de los factores exactos que regulan el parto humano. Cuando el parto es anormal, puede haber trabajo de parto prematuro, distocia o embarazo postérmino. De éstos, el trabajo de parto prematuro es aún el principal factor que contribuye a la mortalidad y morbilidad neonatales en países desarrollados.

**Fases del parto.** El parto requiere múltiples transformaciones en las funciones uterina y cervicouterina.

El parto puede dividirse de manera arbitraria en cuatro fases que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo.

Estas fases del parto son:

**1) Fase de quiescencia** o preliminar al parto caracterizada por el aumento de respuesta contráctil y ablandamiento cervicouterino.

**2) Fase de activación** o preparatoria, (preparación para el trabajo de parto) se caracteriza por la preparación uterina para el trabajo del parto, maduración del cuello uterino.

**3) Fase de estimulación** o Proceso del trabajo de parto. Caracterizada por contracción uterina, dilatación del cuello uterino, expulsión fetal y placentaria (siendo estas las tres etapas del trabajo de parto). Finalizando con:

**4) Fase de involución** o recuperación de la parturienta. Siendo esta fase característica de la Involución uterina y reparación del cuello uterino finalizando con el amamantamiento.

### **CONTRACCIONES DE UN TRABAJO DE PARTO VERDADERO.**

Se entra en labor de parto cuando se presentan características de un parto verdadero como:

**-Contracciones fuertes y regulares.** Una contracción es cuando los músculos del útero se endurecen y luego se relajan. Las contracciones ayudan a empujar al bebé para que nazca. Cuando está en trabajo de parto verdadero, las contracciones duran entre 30 y 60 segundos y tienen un intervalo de 5 a 10 minutos. Son tan fuertes y se hacen más fuertes y seguidas con el tiempo.

**-Dolor en su abdomen y parte inferior de la espalda.**

**-Secreción de mucosidad (amarronada o rojiza) con sangre.** A eso se lo conoce como indicio de sangre.

**-Rompimiento de la bolsa o fuente.** El bebé ha crecido en el líquido amniótico (bolsa o fuente) de su útero.

### **TRABAJO DE PARTO.**

**Primera etapa del trabajo de parto:** inicio clínico del trabajo de parto En algunas mujeres, las contracciones uterinas intensas que producen el parto inician en forma súbita. En otras, el inicio del trabajo de parto va anunciado por la liberación espontánea de una pequeña cantidad de moco sanguinolento por la vagina; “expulsión del tapón mucoso” su expulsión indica que el trabajo de parto está en proceso o es probable que comience en las siguientes horas o días.

#### **Contracciones uterinas en el trabajo de parto.**

Únicas entre las contracciones musculares fisiológicas, las del músculo liso uterino durante el trabajo de parto son dolorosas. Se han sugerido varias posibilidades: • Hipoxia del miometrio contraído. • Compresión de ganglios nerviosos en el cuello uterino y parte inferior del útero por la contracción de los haces musculares entrecruzados. • Estiramiento del cuello uterino durante la dilatación. • Estiramiento del peritoneo sobre el fondo.

#### **Cambios en la forma uterina durante el trabajo de parto.**

Cada contracción produce la elongación de la forma ovoide uterina, con la disminución simultánea del diámetro horizontal. Este cambio de forma tiene efectos importantes en el proceso del trabajo de parto. Primero, hay una mayor presión en el eje fetal. El descenso del diámetro horizontal sirve para rectificar la columna vertebral del feto. Esto presiona el polo superior del feto con firmeza contra el fondo, mientras que el polo inferior se empuja más hacia abajo. Se calcula que la elongación de la forma ovoide llega a 5 o 10 cm. Segundo, con la elongación del útero, las fibras longitudinales se tensan. Como resultado, el segmento inferior y el cuello uterino son las únicas partes del útero flexibles, y son jaladas hacia arriba y alrededor del polo inferior del feto. Fuerzas auxiliares en el trabajo de parto. Después de que el cuello uterino se dilata por completo, la fuerza más importante en la expulsión fetal es la producida por la presión abdominal materna. La contracción de los músculos abdominales junto con los esfuerzos respiratorios forzados con la glotis cerrada se denominan pujo. La naturaleza de la fuerza es similar a la ejercida en la defecación, pero la intensidad casi siempre es mucho mayor.

### **Segunda etapa del trabajo de parto:** Descenso fetal.

En muchas nulíparas, el encajamiento de la cabeza tiene lugar antes que inicie el trabajo de parto. Por lo tanto, es posible que la cabeza no descienda más hasta etapas avanzadas del trabajo de parto. En el patrón de descenso de un trabajo de parto normal, se forma una curva hiperbólica típica cuando se traza la estación de la cabeza fetal en función de la duración del trabajo de parto. La estación describe el descenso del diámetro biparietal fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquiáticas maternas. Por lo general, el descenso activo ocurre cuando la dilatación ha avanzado un tiempo. En las nulíparas, la mayor velocidad de descenso suele observarse durante la fase de dilatación del cuello uterino de pendiente máxima. En este momento, la velocidad de descenso también es máxima y se mantiene hasta que la presentación alcanza el piso perineal.

### **Tercera etapa del trabajo de parto:** expulsión de la placenta y membranas.

Esta etapa comienza justo después del nacimiento del feto y consiste en la separación y expulsión de la placenta y las membranas. Cuando el feto sale, el útero se contrae en forma espontánea en torno a su contenido decreciente. El órgano consiste en una masa casi sólida de músculo, de varios centímetros de espesor, por arriba del segmento inferior, que es más delgado. La separación placentaria tiene lugar después de la desproporción creada entre el tamaño placentario inalterado y el tamaño reducido del sitio de implantación. Durante el parto por cesárea, este fenómeno puede observarse en forma directa cuando la placenta tiene implantación posterior.

### **Fase 4 del parto:** El puerperio.

Justo después y durante más o menos 1 h después del parto, el miometrio permanece en un estado de contracción rígida y persistente, así como de retracción.

Al mismo tiempo durante el comienzo del puerperio se desarrolla un patrón de conducta maternal y comienza el vínculo materno neonatal. El inicio de la lactogénesis y el descenso de la leche en las glándulas mamarias también son, en un sentido evolutivo, cruciales para la procreación. De manera oportuna, siguen la involución uterina y la reparación del cuello uterino; ambos son procesos de remodelación que regresan estos órganos a su estado no gestante. Estos efectos protegen al aparato reproductor contra la invasión de microorganismos comensales y restauran la capacidad de respuesta del endometrio a los ciclos hormonales normales. El reinicio de la ovulación señala la preparación para el siguiente embarazo. Por lo general, esto tiene lugar cuatro a seis semanas después del parto, pero depende de la duración de la lactancia. Por lo general, la infecundidad persiste mientras continúe el amamantamiento debido a la anovulación y amenorrea inducidas por la lactancia y mediadas por la prolactina.

## **MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO**

Al inicio del trabajo de parto es crítica la posición del feto con respecto al conducto del nacimiento para la vía en que ocurrirá éste.

En consecuencia, la posición del feto dentro de la cavidad uterina debe determinarse al principio del trabajo de parto. Situación, presentación, actitud y posición del feto. La orientación del feto en relación con la pelvis materna se describe con los términos situación, presentación, actitud y posición.

**Situación fetal.** La relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre se denomina situación fetal, y puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. Se encuentra una situación longitudinal en más de 99% de los trabajos de parto a término.

**Presentación fetal.** La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro el conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que dan lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

**Presentación cefálica.** Se clasifica según sea la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto. Por lo regular, la cabeza está muy flexionada, de tal manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax. La fontanela occipital es la parte que se presenta y da lugar a la presentación de vértice u occipucio.

**Presentación pélvica.** Cuando el feto muestra una presentación pélvica, sus tres variantes generales corresponden a presentaciones franca, completa y podálica. Esta presentación puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo, un tabique que protruye hacia la cavidad uterina.

**Actitud o postura fetales.** En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o hábito. Como regla, el feto conforma una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad uterina. El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal forma que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de las rodillas. En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas.

**Posición fetal.** Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Con cada presentación puede haber dos variedades de posición, derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente.

### **Variedades de presentación y posición**

Para una orientación todavía más precisa, se considera la relación entre una porción particular de la presentación y las partes anterior, transversa o posterior de la pelvis materna. Puesto que las variedades derecha o izquierda pueden dirigirse en sentidos anterior (A), transversa (T) o posterior (P), existen seis posibilidades de ubicación para cada una de las tres presentaciones.

### **Diagnóstico de la presentación y posición fetales.**

#### **Palpación abdominal: Maniobras de Leopold**

1. La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino.
2. Una vez que se determina la situación del feto, se lleva a cabo la segunda maniobra mediante la colocación de las palmas a ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión gentil, pero profunda. Por un lado, se percibe una resistencia dura, el dorso, y en el otro numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles, las extremidades fetales. Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, se puede determinar la orientación del feto.
3. La tercera maniobra se realiza al tomar la parte inferior del abdomen materno, justo por arriba de la sínfisis del pubis, entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada, se identifica una masa móvil, por lo general correspondiente a la cabeza. La diferenciación entre cabeza y pelvis se realiza como en la primera maniobra. Sin embargo, si la parte que se presenta está encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna, y los detalles se definen entonces mediante la cuarta maniobra.
4. Cuando la cabeza ha descendido, se puede diferenciar fácilmente en la pelvis el hombro anterior mediante la tercera maniobra. Se puede efectuar la palpación

abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto.

### **Mecanismos del trabajo de parto en la posición occipitoanterior.**

**Encajamiento.** El mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada.

**Descenso.** Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: (1) presión del líquido amniótico, (2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, (3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos, y (4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

**Flexión.** Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o el piso pélvico, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En este movimiento se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.

**Rotación interna.** Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia, en dirección

**Extensión.** Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura bulbar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a entrar en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón, pasan de modo sucesivo sobre el borde anterior del perineo. Inmediatamente después de su nacimiento, la cabeza cae hacia delante, de tal forma que el mentón del feto descansa sobre el ano materno.

**Rotación externa.** En seguida, la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha.

**Expulsión.** Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

## **Bibliografías:**

Williams Obstetricia. 23ª edición. (23.ed., Vol.23). 8s.f.).