

**Tema: trabajo de parto**

**Nombre: Gerardo Pérez Ruiz**

**Grupo: A**

**Grado: 6**

**Materia: ginecología y obstetricia**

**Docente: Dr. Mauricio Solís Pérez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de marzo de 2024

## Introducción

Se elabora este trabajo con la finalidad de que el lector se le haga más fácil poder comprender del tema. Ya que en este apartado se describe concretamente y con exactitud. De igual manera es de gran importancia saber sobre los mecanismos de del parto para poder ejecutar una acción en cada una de las fases y saber qué mecanismos están asociados en este proceso y las acciones de algunas hormonas tal como la progesterona que se libera a la última semana para que el producto pueda nacer. De igual manera cuando se sospecha de un embarazo pre termino se logra evitar este proceso mediante la administración de esta misma. Que posteriormente se describe en este ensayo.

## Trabajo de parto

En esta fase del trabajo de parto activo se puede dividir en tres etapas, la primera etapa inicia cuando se logran las contracciones uterinas regulares que son de frecuencia, duración e intensidad para que se logre el adelgazamiento cervical que esta se llama dilatación y borramiento. Se sabe que varias uterotoninas pueden ser importantes para el éxito de esta de trabajo de parto activo ya que estas estimulan la contracción del musculo liso a través del acoplamiento de la proteína G. esta etapa finaliza cuando el cérvix se ha dilatado completamente aproximado de 10 cm para que esta pueda permitir la salida del feto del tamaño normal a término. La segunda etapa es l expulsión fetal y por ultimo tenemos a la etapa de alumbramiento que es la salida de la placenta. La primera etapa para entrar de en lleno las contracciones de algunas mujeres suelen ser intensas provocando que el parto comience rápidamente. En otros se inicia a la liberación espontanea de una pequeña cantidad de moco teñido de sangre por la vagina conocido como show sangriento que tapa el canal cervical su aprobación indica que el parto esta en progreso que se puede prolongar en horas o días. Las contracciones del musculo liso suelen ser dolorosas el cual se han sugerido varias causas posibles como la hipoxia de miometrio, angina de pecho, compresión de ganglios nerviosos del cuello uterino. A la administración de anestesia paracervical produce un alivio apreciable del dolor de las contracciones. El intervalo de las contracciones en la primera etapa es de un aproximado de 10 minutos con una duración de contracción de 30-90 segundos. El líquido amniótico las presiones que genera de un parto espontaneo es de 40 mm/hg pero varia de promedio de 20-60 mm/hg. Los cambios en la forma uterina pues se sabe que cada contracción alarga de manera gradual uterina ovoide y este reduce el diámetro horizontal, las fibras musculares longitudinales se tensan esta como resultado el segmento inferior del cuello uterino son las únicas partes del útero que son flexibles y estas se tiran hacia arriba y alrededor del polo del feto. Las fuerzas auxiliares esta sucede después que el cuello uterino se dilata por completo, la presión intrabdominal materna produce la fuerza más importante en la expulsión fetal. La contraccion de los musculo abdominales multaneamente con los fuerzos respiratorios forzados con la glotis cerrada se conoce como pujar, la fuerza es similar a la defecación. Los cambios cervicales de acuerdo a las contraccion favorecen a la dilatación y borramiento de esta las fibras musculares a nivel del orificio cervical se levantan hacia arriba o se retoman

hacia el segmento uterino inferior, la condición del os externo permanece temporalmente sin cambios. La segunda etapa en muchas nulíparas, la orientación y encajamiento de la cabeza se logra antes que comience el parto, es posible que la cabeza no descienda más hasta el final del parto, en el parto normal se forma una curva hiperbólica típica cuando la estación de la cabeza fetal se traza en función de la duración del trabajo de parto, la estación describe el descenso del diámetro biparental fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquíticas de la madre. En las nulíparas la parte que se presenta típicamente desciende lenta y contantemente. Sin embargo en las múltiparas es de alta paridad el descenso rápido. Los cambios en el piso pélvico el canal del parto está apoyado y funcionalmente cerrado por el piso pélvico, es el componente más importante del piso es el musculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular que cubre sus superficies superior e inferior, las propiedades biomecánicas de estas estructuras y de la pared vaginal cambian noblemente durante el parto. El musculo elevador del ano cierra el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma. De este modo se presentan una parte superior cóncava y una superficie inferior convexa, el musculo elevador del ano varía en un grosor de 3 a 5 mm, aunque sus márgenes que rodean el recto y la vagina son algo más gruesos. Durante el embarazo el elevador del ano por lo general experimenta hipertrofia, formando una banda gruesa que se extiende atrás del pubis y rodea la vagina unos 2 cm por encima del plano del himen. En la contracción el elevador del ano atrae tanto el recto como la vagina hacia adelante y hacia arriba en dirección de la sínfisis del pubis y por lo tanto actúa para cerrar la vagina. En la tercera etapa comienza cuando inmediatamente después del parto fetal e implica la separación y la expulsión de la placenta y las membranas a medida que el recién nacido nace el útero se contrae de manera espontánea alrededor de sus contenidos decrecientes, normalmente en el momento que el recién nacido nace por completo la cavidad uterina casi se anula, el órgano consiste en una masa de musculo casi sólida, de varios centímetros. La separación de la placenta sigue la desproporción creada entre el tamaño de la placenta relativamente sin cambios y el tamaño reducido del sitio de implantación. La placenta puede ser expulsada por el aumento de la presión abdominal, la finalización de la tercera etapa también se logra comprimiendo y elevando alternativamente el fondo, mientras que se ejerce una tracción mínima en el cordón umbilical, el hematoma retroplacentario sigue la placenta o se encuentra dentro del saco invertido formando por las membranas, en este proceso conocido como mecanismo de schultze de expulsión placentaria. En otra forma de extrusión placentaria conocido como mecanismo de DUNCAN el cual la placeta se separa de la periferia y escapa por la vagina.

## Conclusiones

Para finalizar el tema esperamos que se haya comprendido el tema ya que cada fase del parto fue descrito con exactitud, para un mejor entendimiento del tema y algunos cambios fisiológicos que ocurrían en el útero, cérvix con la acción de algunas proteínas y hormonas que favorecen el trabajo de parto. Es de gran importancia saber y comprender estos temas ya que servirá para un futuro de la práctica medica dentro de un hospital.

## Referencia bibliográfica

Williams-obstetricia edición 25. Recuperado 19/03/24

## Bibliografía

SADOCK, K. &. (s.f.). *Manual De Bolsillo Psiquiatría Clínica* .