

Materia:

Ginecología y obstetricia

Nombre del trabajo:

**Resumen de “Fisiología de la
contracción, trabajo de parto y
mecanismos de trabajo de parto”**

Alumna:

Karen Paulina López Gómez

Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:

Dr. Mauricio Solís Pérez

Fisiología de la contracción

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. No se conoce con seguridad la causa del dolor, pero se han sugerido varias posibilidades:

- Hipoxia del miometrio contraído, como la de la angina de pecho.
- 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.

La compresión de los ganglios nerviosos en el cuello uterino y el segmento uterino inferior por el miometrio contraído es una hipótesis muy en especial interesante. La infiltración paracervical con un anestésico local casi siempre produce un alivio apreciable del dolor durante las contracciones. Las contracciones uterinas son involuntarias y en su mayor parte, independientes del control extrauterino. El bloqueo neural con la analgesia epidural no disminuye su frecuencia o intensidad

Trabajo de parto

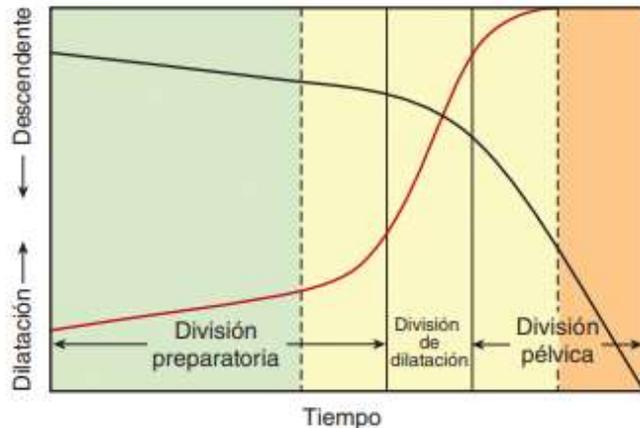
Es la presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino. El inicio se define como la hora del reloj en que las contracciones dolorosas se vuelven regulares. Infortunadamente, la actividad uterina que causa molestias pero que no representa un trabajo de parto real puede presentarse en cualquier momento del embarazo. El falso trabajo de parto suele detenerse de manera espontánea o puede avanzar en poco tiempo hasta la presencia de contracciones eficaces. Un segundo método define el inicio del trabajo de parto a partir del ingreso a la unidad de atención del trabajo de parto. En el National Maternity Hospital de Dublín se han hecho esfuerzos por codificar los criterios de admisión (O'Driscoll et al., 1984), que a término requieren la presencia de contracciones uterinas dolorosas acompañadas por una de las siguientes circunstancias:

- (1) rotura de membranas
- (2) expulsión del tapón mucoso
- (3) borramiento completo del cuello uterino.

En Estados Unidos, el ingreso hospitalario en trabajo de parto suele basarse en el grado de dilatación, acompañado por contracciones dolorosas. Cuando una mujer acude con

membranas íntegras, se presupone que la *dilatación de 3 a 4 cm del cuello uterino o mayor* constituye un umbral razonablemente confiable para el diagnóstico de trabajo de parto

PRIMER PERIODO: Friedman inició un abordaje científico (1954) al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo. Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una.



funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una.

1. Durante el periodo preparatorio, aunque el cuello se dilata poco, sus componentes de tejido conectivo se modifican en grado considerable

2. La división de dilatación, durante la cual la dilatación avanza a su tasa más rápida

3. La división pélvica se inicia con la

fase de desaceleración de la dilatación del cuello uterino. Los mecanismos comunes del trabajo

Movimientos cardinales fetales en presentación cefálica, encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa

-El tipo de dilatación del cuello uterino, en las divisiones preparatoria y de dilatación, corresponden a una curva sigmoidea

-Fases de la dilatación del cuello uterino:

a) La fase latente: corresponde a la división preparatoria y b) la fase activa: a la de dilatación

b) Fase de aceleración, de máxima pendiente y fase de desaceleración

Fase latente: Corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación

-Duración: 8-20 hrs en primíparas / 5-14 horas en multíparas

-Latente <4cm -Activa: >5cm

Fase latente prolongada: Friedman y Sachtleben (1963) la definieron como una fase de latencia mayor de 20 h en la mujer nulípara y de 14 h en la multípara

Factores que modifican la duración:

-la sedación excesiva o la analgesia epidural

-la condición desfavorable del cuello uterino (*existencia de tejido grueso, sin borramiento o dilatación, y el trabajo de parto falso*)

→Después de la sedación intensa:

- 85% de las mujeres evoluciona hacia un trabajo de parto activo
- 10% las contracciones uterinas cesan(trabajo de parto falso)
- 5% experimenta persistencia de la fase latente anormal y requiere estimulación con oxitocina

Trabajo de parto activo: el avance del trabajo de parto en nulíparas tiene importancia particular, ya que estas curvas revelan un cambio rápido en la velocidad de la pendiente de dilatación del cuello uterino entre los 3 y 5 cm.

-La dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral del trabajo de parto activo.

-La duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 h, con una desviación de 3.4 h = max. Estadística de 11.7 h

-Ritmos de dilatación del cuello uterino 1.2- 6 cm / h

Múltiparas: en fase activa avanzan mas rápido, con velocidad min de 1.5cm/h

Primigesta 1.0-1.2/hora

Multigesta: 1.5-2/hora

-El descenso comienza en la fase tardía de la dilatación activa, que inicia entre los 7 y 8 cm en las nulíparas y se acelera después de los 8 cm

SEGUNDO PERIODO

Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en múltiparas

En una mujer con paridad mayor que cursó antes con dilatación de la vagina y el perineo, es posible que dos o tres esfuerzos para la expulsión una vez alcanzada la dilatación del cuello uterino sean suficientes para completar el nacimiento.

-Trabajo de parto era de casi 9 h-18.5 h en nulíparas sin analgesia regional(correspondiente al percentil 95)

-Múltiparas 6h-13.5 h correspondiente al percentil 95.

TERCER PERIODO

Alumbramiento: Comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y membranas. Duración: 30 minutos

TIPOS: Espontáneo, dirigido y manual

Inmediatamente después del nacimiento del producto se revisa el tamaño del fondo uterino y su consistencia. Si el órgano se mantiene firme y no hay hemorragia anormal, la práctica habitual incluye una vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta. El masaje no se utiliza, pero es frecuente que el fondo se palpe para asegurar que no presenta atonía y esté lleno de sangre por efecto de la separación de la placenta.

Mecanismos del trabajo de parto

-SITUACIÓN: Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre (Longitud transversal oblicua)

-PRESENTACIÓN: Parte anatómica del feto que se encuentra en el canal de parto (estrecho superior de pelvis) o en la proximidad más cercana:

Cefálica: (Cabeza abajo)

Pélvica: (Cabeza arriba)

-POSICIÓN: Relación que existe entre el dorso del producto y la mitad derecha o izquierda de la madre

Derecha	}	DORSO
Izquierda		(ESPALDA)

-ACTITUD FETAL: Relación que guardan las distintas partes del feto entre sí. El feto se dobla sobre sí mismo para crear una espalda convexa:

Cabeza flexionada

Mentón casi en contacto con el pecho

Muslos flexionados sobre el abdomen

Las piernas se doblan en las rodillas

-LA ACTITUD NORMAL ES EN FLEXIÓN: Flexión cabeza sobre tronco, flexión sobre muslo, flexión sobre abdomen, flexión antebrazo sobre brazo, flexión brazo sobre tórax

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Es un método para determinar la situación, presentación y posición > 30 semanas.

-PRIMERA MANIOBRA: Evalúa el fondo uterino. Permite la identificación de la estática fetal y presentación fetal (nalgas-masa nodular/- cabeza- dura redonda)

-SEGUNDA MANIOBRA: Las palmas se colocan a ambos lados del abdomen materno y se ejerce una presión suave pero profunda.

-Permite evaluar la posición fetal-

a) Espalda: Se siente una estructura dura y resistente

b) Extremidades: Se sienten numerosas partes móviles pequeñas e irregulares

-TERCERA MANIOBRA: El pulgar y los dedos agarran la parte inferior del abdomen materno justo por encima de la sínfisis del pubis

Ayuda en la confirmación de la presentación fetal

Peloteo (libre) no peloteo (encajado)

Si no está encajado se centra en una masa móvil

-CUARTA MANIOBRA: El examinador se coloca enfrente a los pies de la madre y los dedos de ambas manos se colocan en los dedos, se presenta ejerciendo una presión en dirección del eje en la entrada

Bibliografía

Fraga, J. d. (2011). *Williams obstetricia*. México. D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.