



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA**

Alumno: Francisco Miguel Gómez Mendez.

Dr. Mauricio Solis Perez

Trabajo: Resumen

Asignatura: Ginecología y Obstetricia

6 "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de marzo de 2024.



Fisiología de la contracción.

El parto es el proceso de terminación fisiológica del embarazo, con la expulsión del feto maduro por las vías naturales, seguido, casi de inmediato, por la placenta y las membranas (el corioamnios).

Los fenómenos fundamentales que se producen son: el útero se contrae, con una frecuencia e intensidad progresivas, el cervix se dilata y finalmente, se expulsa el feto y, poco después, la placenta y las membranas.

En el cual participan hormonas que ayudan a la generación de las contracciones , en el cual la capa del miometrial es parte esencial ya que esta compuesta por haces de fibras musculares , los cuales juegan un papel importante para el momento de la contracción , en el cual 1. En primer lugar, el grado de acortamiento de las células musculares lisas con contracciones logra ser un orden de magnitud mayor que el logrado en las células musculares estriadas. 2. En segundo lugar, las fuerzas se pueden ejercer en las células del músculo liso en múltiples direcciones. Esto difiere de la fuerza de contracción generada por el músculo esquelético, que siempre está alineado con el eje de las fibras musculares. 3. En el miometrio, los filamentos gruesos y delgados se encuentran en haces largos y aleatorios en todas las células. Esta disposición plexiforme ayuda a una mayor capacidad de acortamiento y generación de fuerza. Por último, una mayor generación de fuerza multidireccional en el fondo uterino en comparación con la del segmento uterino inferior permite versatilidad en la direccionalidad de fuerza expulsiva. Como antes mencionado la participación de hormonas son fundamentales como , la eliminación de la progesterona, es decir, la retirada de progesterona, precede de manera directa a la progresión del parto al igual que las prostaglandinas son moléculas de lípidos con variadas acciones similares a las hormonas. En el parto, juegan un papel prominente en la contractilidad, relajación e inflamación del miometrio.

Es importante aclarar que las fases del parto no deben confundirse con las etapas clínicas del trabajo de parto, es decir, la primera, segunda y tercera etapas, que conforman la fase 3 del parto.

Fase 1 Durante la fase 1, las células miometriales experimentan una modificación fenotípica a un estado no contráctil, y el músculo uterino se vuelve insensible a los estímulos naturales .Al mismo tiempo, el útero debe iniciar cambios extensos en su tamaño y vascularidad para acomodar el crecimiento fetal y prepararse para las contracciones uterinas. La falta de respuesta miometrial de la fase 1 continúa hasta casi el final del embarazo , La inactividad de la fase 1 probablemente proviene de: 1) acciones de estrógeno y progesterona a través de receptores intracelulares, 2) aumento mediado por receptor de la membrana plasmática de células miometriales en monofosfato de adenosina cíclico. (quiescencia)

Fase 2 preparación uterina .

Esta fase 2 del parto es una progresión de los cambios uterinos durante las últimas semanas del embarazo. Es importante destacar que los cambios de eventos asociados con la fase 2 pueden causar parto prematuro o retrasado.

Fase 3 Esta fase es sinónimo de trabajo de parto activo, que habitualmente se divide en tres etapas La primera etapa comienza cuando se logran contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical, que se denomina borramiento, Esta etapa de trabajo de parto finaliza cuando el cuello uterino está completamente dilatado, unos 10 cm , La segunda etapa comienza cuando la dilatación cervical se ha completado y finaliza con el parto. Por tanto, la segunda etapa del parto es la etapa de expulsión fetal. La tercera etapa comienza inmediatamente después del parto y finaliza con la expulsión de la placenta.

Dilatación y borramiento se divide en .

Latente : se caracteriza por una dilatación de 1 hasta 4cm.

Activa : se caracteriza por una dilatación de 5 cm hasta 10 cm que esta listo para expulsión

.

Alumbramiento : se caracteriza por la expulsión de la placenta.

El trabajo de parto se caracterizas por contracciones e frecuencia de 2-5min y por ser :

Doloroso

Palpables

Por el ritmo , frecuencias y duración .

Primera etapa: inicio clínico del parto

la iniciación del parto se anuncia mediante la liberación espontánea de una pequeña cantidad de moco teñido de sangre por la vagina. Esta expulsión del tapón de moco.

Las contracciones del músculo liso durante el parto son dolorosas.

La infiltración paracervical con anestésico local por lo general produce un alivio apreciable del dolor.

En la fase activa del trabajo de parto, la duración de cada contracción oscila entre 30 y 90 segundos y promedia 1 minuto.

Segunda etapa: descenso fetal

En muchas nulíparas, la orientación y encajamiento de la cabeza se logra antes de que comience el parto. cabeza fetal se traza 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 de la madre.

Cambios en el piso pélvico

El componente más importante del piso es el músculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular que cubre sus superficies superior e inferior.

Tercera etapa: expulsión de placenta y membranas Esta etapa comienza inmediatamente después del parto fetal e implica la separación y la expulsión de la placenta y las membranas.

FASE 3: EL TRABAJO DE PARTO.

FASE 4: EL PUERPERIO Inmediatamente y durante casi 1 hora después del parto, el miometrio permanece persistentemente contraído. Esto comprime de manera directa los grandes vasos uterinos y permite la trombosis de su luz para evitar la hemorragia.

Mecanismo del parto .

Se requieren muchos cambios de adaptación para el embarazo y para el trabajo de parto y el alumbramiento.

Estática fetal Al inicio del parto, la posición del feto con respecto al canal del parto es fundamental para la vía del parto y, por tanto, debe determinarse en el parto prematuro. Las relaciones importantes incluyen estática, presentación, actitud y posición fetales.

Presentación fetal La parte de presentación es la porción del cuerpo fetal que se encuentra en el canal del parto o en la proximidad más cercana.

Presentación cefálica

la cabeza se flexiona de modo que el mentón toque el tórax. La fontanela occipital es la parte de presentación, y ésta se denomina presentación de vértice u occipital.

Presentación pélvica .

Presentación pelviana La incidencia de la presentación pelviana disminuye con la edad gestacional y se aproxima a 3% a término. Cuando el feto se presenta de este modo, las tres configuraciones son las presentaciones franca, completa y de pie.

Actitud fetal En los últimos meses del embarazo, el feto asume una postura característica descrita como actitud o hábito. Feto se dobla sobre sí mismo para crear una espalda convexa.

Posición fetal La posición se refiere a la relación de una porción elegida arbitrariamente de la parte de presentación fetal hacia el lado derecho o izquierdo del canal del parto.

Diagnóstico Maniobras de Leopold Se pueden usar varios métodos para diagnosticar la presentación y la posición del feto.

Fondo uterino

Presentación

Situación

Encajamiento

Encajamiento El mecanismo mediante el cual el diámetro biparietal —el mayor diámetro transversal en una presentación occipital— pasa a través de la entrada pélvica, se denomina encajamiento.

Descenso Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido, 1) presión del líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de compresión de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión En cuanto la cabeza descendente encuentra resistencia, ya sea desde el cuello uterino, las paredes pélvicas o el suelo pélvico, por lo regular se flexiona. Con este movimiento, el mentón se pone en contacto de una forma más cercana con el tórax del feto, y el diámetro suboccipitobregmático apreciablemente más corto se sustituye por el diámetro occipitofrontal.

Rotación interna Este movimiento hace que el occipucio se aleje de manera gradual del eje transversal. Por lo general, el occipucio gira en dirección anterior hacia la sínfisis del pubis. La rotación interna es esencial para completar el trabajo de parto, excepto cuando el feto es pequeño.

Extensión Después de la rotación interna, la cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión. Si la cabeza angulosamente flexionada no se extendiera al alcanzar el suelo pélvico, sino que se adentrara más, impactaría en la porción posterior del perineo y de manera eventual sería forzada a través de los tejidos perineales.

Rotación externa Después de que la cabeza emerge ésta sufre una restitución.

Expulsión Casi inmediatamente después de la rotación externa, el hombro anterior aparece bajo la sínfisis del pubis. Cuando el hombro anterior está fuertemente encajado debajo de la sínfisis, se diagnostica distocia de hombro.

Presentación occipitoposterior .En aproximadamente 20% de los partos, el feto ingresa a la pelvis en una posición occipitoposterior. La posición occipitoposterior derecha (ROP) es un poco más frecuente que la izquierda (LOP).