



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Mauricio Solís Pérez

Nombre del trabajo: Trabajo de parto - Resumen

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 6to

Grupo: A

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

FISIOLOGÍA DE LAS CONTRACCIONES DE PARTO VERDADERO

Antes de que comiencen las contracciones, el cuello uterino debe someterse a una extensa remodelación. Esto finalmente conduce a que el cuello uterino ceda y se dilate por contracciones uterinas intensas. Los cambios ocurridos durante esta fase se conocen como maduración cervical.

Las contracciones uterinas comenzarán hasta la fase número tres del trabajo de parto; a la vez la tercera etapa se subdividirá en 3 más, y es justamente en la primera etapa donde comienzan las contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical, que se denomina borramiento.

En algunas mujeres, las contracciones uterinas intensas que provocan el parto comienzan repentinamente. En otros, la iniciación del parto se anuncia mediante la liberación espontánea de una pequeña cantidad de moco teñido de sangre por la vagina.

A diferencia de las contracciones musculares fisiológicas, las contracciones del músculo liso durante el parto son dolorosas. El hecho de que estas sean dolorosas se plantea que sea debido a: hipoxia del miometrio contraído, compresión de los ganglios nervios del cuello uterino y el útero inferior por haces musculares interconectados contraídos, estiramiento cervical durante la contracción y estiramiento del peritoneo que recubre el fondo. De estas teorías propuestas, la compresión de los nervios del cuello uterino es la más validada.

un alivio apreciable del dolor con contracciones (capítulo 25, p. 490). Las contracciones uterinas son involuntarias y, en su mayor parte, independientes del control extrauterino.

El intervalo entre contracciones se estrecha de manera gradual aproximadamente 10 minutos en el inicio de la primera etapa del parto hasta tan sólo 1 minuto o menos en la segunda etapa. Los periodos de relajación entre contracciones, sin embargo, son esenciales para el bienestar fetal.

Las contracciones irrefutables comprometen el flujo sanguíneo uteroplacentario lo suficiente como para causar hipoxemia fetal.

En la fase activa del trabajo de parto, la duración de cada contracción oscila entre 30 y 90 segundos y promedia un minuto. La intensidad de la contracción varía apreciablemente durante el trabajo de parto normal. En específico, las presiones del líquido amniótico generadas por contracciones durante el parto espontáneo promedian 40 mm Hg, pero varían de 20 a 60 mm Hg.

Cada contracción alarga de manera gradual la forma uterina ovoide y de ese modo reduce el diámetro horizontal. Este cambio de forma tiene efectos muy importantes en el proceso de trabajo de parto. Primero, hay mayor presión en el eje fetal, es decir, el diámetro horizontal más pequeño sirve para enderezar la columna vertebral fetal. Esto presiona firmemente el polo superior del feto contra el fondo, mientras que el polo inferior es empujado más hacia abajo. El alargamiento de la forma ovoide se ha estimado en 5 a 10 cm.

La contracción de los músculos abdominales simultáneamente con los esfuerzos respiratorios forzados con la glotis cerrada se conoce como pujar. Como resultado de las fuerzas de contracción, ocurren dos cambios fundamentales: borramiento y dilatación en el cuello uterino maduro.

Para que una cabeza fetal de tamaño promedio pase a través del cuello uterino, su canal debe dilatarse a un diámetro de alrededor de 10 cm. En este momento, se dice que el cuello uterino está completa o totalmente dilatado.

FASES DEL TRABAJO DE PARTO

Las fases del trabajo de parto se pueden dividir en 4 fases:

- Fase 1 - Inactividad (preludio la parto): caracterizado por falta de respuesta contráctil y ablandamiento cervical.
- Fase 2 - Activación (preparación para el trabajo de parto): caracterizado por preparación uterina para el trabajo de parto y maduración cervical.
- Fase 3 - Estimulación (procesos de trabajo de parto): caracterizado por contracción uterina, dilatación cervical, expulsión fetal y placentaria.
- Fase 4 - Involución (recuperación del parto): caracterizado por involución uterina, reparación cervical y lactancia.

En este apartado, nos centraremos a hablar por las etapas clínicas del trabajo de parto que no deben de ser confundidas con las fases del parto mencionadas anteriormente. Las etapas clínicas del trabajo de parto son tres y a su vez son subdivisiones de la tercera fase del parto que ya mencionamos.

-1ra etapa clínica (inicio clínico del parto o periodo de dilatación y borramiento): Se subdivide en 2 fases, fase latente (duración máxima primípara de 18-20 horas (media de 8 horas) y en multíparas máximo de 12 a 14 horas (media de 5 horas)) y fase activa (duración máxima en primíparas de 8 a 18 horas (media de 6 horas) y en multíparas máximo de 5 a 12 horas (media de 4 horas)).

las contracciones uterinas intensas que provocan el parto comienzan repentinamente. En otros, 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 que previamente había llenado el canal cervical durante el embarazo se conoce como "show" o "show sangriento". En la fase activa del trabajo de parto, la duración de cada contracción oscila entre 30 y 90 segundos y promedia 1 minuto. La intensidad de la contracción varía apreciablemente durante el trabajo de parto normal. En específico, las presiones del líquido amniótico generadas por contracciones durante el parto

espontáneo promedian 40 mm Hg, pero varían de 20 a 60 mm Hg. Durante el trabajo de parto activo, las divisiones anatómicas uterinas que se iniciaron en la fase 2 del parto se vuelven cada vez más evidentes. Por palpación abdominal, incluso antes de la rotura de la membrana, los dos segmentos a veces se pueden diferenciar. El segmento superior es firme durante las contracciones, mientras que el segmento inferior es más suave, distendido y más pasivo. Este mecanismo es imperativo porque si todo el miometrio, incluidos el segmento uterino inferior y el cuello uterino, se contrae con simultaneidad y con la misma intensidad, la fuerza expulsiva final disminuiría marcadamente. Por lo tanto, el segmento superior se contrae, retrae y expulsa al feto. En respuesta a estas contracciones, el segmento uterino inferior ablandado y el cuello uterino se dilatan y forman así un tubo muy expandido y adelgazado a través del cual puede pasar el feto. Como resultado de las fuerzas de contracción, ocurren dos cambios fundamentales: borramiento y dilatación en el cuello uterino maduro. Para que una cabeza fetal de tamaño promedio pase a través del cuello uterino, su canal debe dilatarse a un diámetro de alrededor de 10 cm. En este momento, se dice que el cuello uterino está completa o totalmente dilatado. La dilatación cervical se divide en fases latentes y activas. La fase activa se subdivide más en la fase de aceleración, la fase de máxima aceleración y la fase de desaceleración

-2da etapa clínica (descenso fetal o expulsión): con duración de 90 minutos en primíparas y 60 minutos en múltiparas. En muchas nulíparas, la orientación y encajamiento de la cabeza se logra antes de que comience el parto. Dicho esto, es posible que la cabeza no descienda más hasta el final del parto. En el patrón de descenso del trabajo de 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 biparietal fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquiáticas de la madre. El descenso activo por lo general tiene lugar después de que la dilatación ha progresado durante algún tiempo.

3er etapa clínica (expulsión de placenta y membranas o alumbramiento): con duración de aproximadamente 30 minutos. Esta etapa comienza inmediatamente después del parto fetal e implica la separación y la expulsión de la placenta y las membranas.

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

Los mecanismos del trabajo de parto son aquellos movimientos que el feto debe de realizar para pasar a través del canal vaginal de parto

1. Encajamiento: en él, el diámetro biparietal pasará a través de la entrada pélvica.

2. Descenso: es la continuación del producto a través del canal de parto.

3. Flexión: cuando la cabeza el producto encuentra resistencia en el conducto del parto y cambia de diámetro occipitofrontal (largo) al suboccipitobregmático (corto).

4. Rotación interna: cuando el occipucio se desplaza a la sínfisis del pubis (sacro) a partir de su posición original.

5. Extensión: se trata del momento cuando la cabeza fetal flexionada se extiende a través de la vulva por ser la dirección donde se encuentra la menor resistencia.

6. Rotación externa: cuando el occipucio se desplaza hacia la dirección original (transversa).

7. Expulsión: se trata de la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y luego del hombro posterior y al final del polo podálico.

BIBLIOGRAFÍA

- F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom (2019) *Williams. Obstetricia*. Editorial McGrawHill, 25ª edición.