

Materia;

Ginecología y Obstetricia

Nombre del trabajo:

Resumen de la fisiología y trabajo de parto

Alumna:

Zury Evelyn Morales Aguilar

Grupo: 6'A

Docente:

Dr. Mauricio Solís Pérez

Comitán de Domínguez Chiapas



El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas, involuntarias o inducidas por sustancias médicas que producen borramiento (adelgazamiento y acortamiento) y dilatación del cuello uterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal de la siguiente manera:

- El parto se inicia en forma espontánea, se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y sigue siéndolo durante el trabajo de parto y el parto.
- El bebé nace espontáneamente en presentación de vértice entre las 37 y las 42 semanas de embarazo.
- Después del nacimiento, la madre y el bebé están en buenas condiciones.

El estímulo para el inicio del trabajo de parto es desconocido, pero la manipulación digital o el estiramiento mecánico del cuello durante el examen aumenta la actividad contráctil uterina, muy probablemente por estimular la liberación de oxitocina en la glándula hipófisis posterior.

El trabajo de parto normal comienza dentro de las 2 semanas anteriores (antes o después) de la fecha estimada de parto. En el primer embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 horas en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 horas.

El manejo de las complicaciones durante el trabajo de parto requiere medidas adicionales (p. ej., [inducción del trabajo de parto](#), [fórceps o ventosa extractora](#), [parto por cesárea](#)).

(Véase también [Anomalías y complicaciones del trabajo de parto y el parto](#)).

Las pérdidas preparto (pequeñas cantidades de sangre con moco a través del cuello uterino) pueden preceder al trabajo de parto hasta 72 horas. Las pérdidas de sangre preparto pueden diferenciarse de los diferentes tipos de [sangrado vaginal durante el tercer trimestre](#) porque la cantidad de sangre es pequeña, las pérdidas en general vienen mezcladas con moco y falta el dolor característico del [desprendimiento prematuro de placenta](#). En la mayoría de las mujeres embarazadas se ha realizado una ecografía de rutina previa y se ha descartado la [placenta previa](#). Sin embargo, si la ecografía no ha podido excluir una placenta previa y se produce sangrado vaginal, debe darse por sentado la presencia de una placenta previa hasta poder descartarla. En estos casos, el tacto vaginal está contraindicado, y debe realizarse una ecografía lo más rápidamente posible para determinar la ubicación de la placenta y descartar desprendimiento prematuro de placenta.



El trabajo de parto comienza con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable; aparentemente ablandan el cuello y comienzan a borrarlo y dilatarlo. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

Estadios o períodos del trabajo de parto

El trabajo de parto tiene 3 períodos o estadios.

El estadio 1 (desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello, unos 10 cm) tiene 2 fases: latente y activa.

Durante la **fase latente**, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm. El tiempo de la fase latente es difícil de precisar y su duración varía, en promedio, 8 h en las nulíparas y 5 horas en las múltiparas; la duración se considera anormal si persiste > 20 horas en las nulíparas o > 12 horas en las múltiparas.

Durante la **fase activa**, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura 5 a 7 horas en las nulíparas y 2 a 4 horas en las múltiparas. En el abordaje tradicional, se esperaba que el cuello uterino se dilatara alrededor de 1,2 cm/hora en las nulíparas y 1,5 cm/hora en las múltiparas. Sin embargo, datos recientes sugieren que la progresión más lenta de la dilatación cervical de 4 a 6 cm puede ser normal. Los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 horas para evaluar la progresión del trabajo de parto. La falta de progresión en la dilatación y el descenso de la presentación pueden indicar una distocia (desproporción fetopelviana).

Estar de pie y caminar acorta la primera etapa del parto en > 1 hora y reduce la tasa de parto por cesárea.

Si las membranas no se han roto espontáneamente, algunos médicos usan la amniotomía (rotura artificial de las membranas) en forma rutinaria durante la fase activa. Como resultado, el trabajo de parto puede progresar deprisa, y el líquido amniótico puede teñirse rápidamente de meconio. La amniotomía durante este estadio puede ser necesaria en indicaciones específicas, como facilitar la monitorización fetal interna para confirmar el bienestar fetal. La amniotomía debe evitarse en mujeres HIV positivas o con hepatitis B o C para no exponer al feto a estos microorganismos.



Durante el primer estadio del trabajo de parto, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial maternas y la frecuencia cardíaca fetal deben controlarse continuamente mediante monitorización electrónica o de manera intermitente mediante auscultación, en general con un dispositivo de ecografía Doppler portátil (véase [monitorización fetal](#)). Las mujeres pueden comenzar a sentir deseos de pujar a medida que la presentación desciende a la pelvis. Sin embargo, debe impedirse que pujen hasta que el cuello esté completamente dilatado para que no se desgarre el cérvix y se gaste energía.

Estadio 2 es el momento desde la dilatación cervical hasta el parto. En promedio, dura unas 2 horas en las nulíparas (mediana 50 minutos) y 1 hora en las multíparas (mediana 20 minutos). Puede durar otra hora o más si se usa analgesia de conducción (epidural) o una anestesia intensa con opiáceos. En el parto espontáneo, las mujeres deben suplementar las contracciones uterinas exclusivamente con los pujos. En el estadio 2, la mujer debe estar constantemente atendida, y se deben controlar en forma continua o después de cada contracción los sonidos cardíacos fetales. Las contracciones pueden controlarse mediante palpación o por medios electrónicos.

Durante la segunda etapa del parto, el masaje perineal con lubricantes y compresas tibias puede reblandecer y estirar el periné y, por lo tanto, reducir la tasa de desgarros perineales de tercero y cuarto grado. Estas técnicas son ampliamente utilizadas por parteras y otros profesionales que atienden el parto. Se deben tomar precauciones para reducir el riesgo de infección con masaje perineal.

Durante la segunda etapa (en contraste con la primera etapa), la posición de la madre no afecta la duración o el modo de parto o el resultado materno o neonatal en partos sin anestesia epidural. Además, la técnica de pujo (espontánea versus dirigida y retardada versus inmediata) no afecta el modo de parto o el resultado materno o neonatal. El uso de anestesia epidural retrasa el pujo y puede alargar la segunda etapa en una hora

El estadio 3 del trabajo de parto comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta. Esta etapa suele durar solo unos minutos, pero puede durar hasta 30 minutos.