



**Rojas Velázquez Joan Natael**

**Solís Pérez Mauricio**

**Resumen**

**Ginecología y obstetricia**

**6°B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de marzo de 2024

Sabemos que en los últimos momentos del embarazo se caracterizan por contracciones uterinas que producen la dilatación cervical y hacen el feto descienda por el conducto normal del parto, de la semana 36 a la 38 el miometro está en estado preparatorio, pero sin respuesta aún.

Cuando hablamos de parto entendemos que es un proceso fisiológico mediante el organismo en este caso de madre propiamente y el feto actúan en conjunto para lograr el nacimiento, es un conjunto de fenómenos activos y pasivos que logran permitir la expulsión del producto en este caso él bebe, la placenta por vía vaginal. Cuando el feto está por nacer ocurren cambios fisiológicos para llevar acabo la contracción del útero y lograr su expulsión.

Existen cambios en el musculo liso a lo largo del embarazo para prepararse para el embarazo, ocurre una Hiperplasia e hipertrofia para una buena conducción de las contracciones, permiten un grado de acortamiento mayor en cada contracción, conducción de tipo multidireccional y capacidad para generar fuerza contráctil dentro del factor muscular. En los factores hormonales surgen varios cambios para llevar la contracción uterina eficaz, por ejemplo, los estrógenos estimulan la síntesis de proteínas contráctiles durante la gestación y el desarrollo de receptores para oxitocina y receptores de prostaglandinas, la progesterona estimula la relajación uterina y mantiene el estado quiescente. Concentraciones elevadas en el embarazo. La oxitocina promueve la entrada de calcio por unión a sus receptores estimulados previamente por hormonas estrogénicas y producir una contracción enérgica y las prostaglandinas aumentan rápidamente el líquido amniótico al término de la gestación. Las contracciones se evulan de acuerdo a la intensidad y la frecuencia en 10 minutos, en este periodo de tiempo deben de hacer de 3 a 5 contracciones con un tiempo de 30 a 60 segundos cada una, si llegara a exceder alguno de estos parámetros considerados normales se detona un estado de alerta en la paciente y requiere de otros cuidados. Cuando el parto es anormal, puede haber trabajo de parto prematuro, distocia o embarazo postérmino. De éstos, el trabajo de parto prematuro se mantiene como el principal factor que contribuye a la mortalidad y morbilidad neonatales en países desarrollados

La quiescencia uterina se caracteriza por la estabilidad del musculo uterino pues este, mantiene la integridad estructural del cuello uterino. este se encuentra inmóvil indiferente a los estímulos que desencadenan el trabajo de parto, pues que puede haber contracciones esporádicas que no suelen ser periódicas ni rítmicas.

El parto consiste de 3 periodos, en el primer periodo comienzan con el inicio de las contracciones uterinas se caracteriza por contracciones dolorosas en el abdomen irradiadas hacia la región lumbrosacra y progresiva en frecuencia, intensidad y duración las contracciones uterinas se vuelven rítmicas, periódicas y en conjunto son capaces de provocar cambios en el cuello uterino, esta se completa hasta alcanzar una dilatación completa de 10 cm de longitud normalmente. Estas contracciones uterinas duran de 3 a 5 en 10 minutos con una duración de 30 a 60 segundos. Las pacientes primigestas ocurre primero el borramiento y después la dilatación y multigestas ocurren simultáneamente. Este periodo se divide en dos fases una latente y una activa con una duración de 12-18 horas esto dependiendo si la paciente es nulípara o múltipara puesto que el trabajo de parto es más rápido en mujeres múltiparas. La fase latente es la parte más larga del parto que ocurre el borramiento, en la fase activa ocurre la dilatación y progresión con rapidez. En la fase activa comienza la dilatación y progresión. En las mujeres nulíparas la fase latente puede durar de 8-20 horas y la fase activa aproximadamente 6 horas. En las gestantes múltiparas la duración de la fase latente es menor de 5-14 horas y la fase activa aproximadamente de 4 horas.

El segundo periodo es el de expulsión este periodo ocurre el borramiento ya que comienza la dilatación y borramiento completos y termina con la expulsión del feto, de 50 minutos en pacientes nulíparas y de 20 minutos en pacientes múltiparas, aunque puede agregarse una hora a esta fase si se administra analgesia obstétrica.

En el periodo tres es el de alumbramiento que incluye la expulsión de la placenta y los anexos embrionarios su duración aproximada es de 30 minutos. el nacimiento puede ser espontaneo, dirigido o manua. La expulsión de la placenta hay dos mecanismos el de Schultze y Duncan.

Existen 7 movimientos que debe realizar el feto para pasar a través del canal vaginal. El encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

**Encaje:** El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, el mayor diámetro transversal de la cabeza fetal en las presentaciones cefálicas de vértice, pasa a través del estrecho superior de la pelvis. Este fenómeno puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación, o pueden no ocurrir hasta después del comienzo del trabajo de parto.

**Descenso:** En la multípara el descenso en general comienza con el encaje y en la nulípara puede ocurrir antes del comienzo del trabajo de parto.

**Flexión:** Tan pronto como la cabeza, que está descendiendo, encuentra una resistencia, sea del cervix, las paredes de la pelvis o del piso de la pelvis, normalmente se produce la flexión de la cabeza. En este movimiento, el mentón es llevado hacia un contacto más íntimo con el tórax fetal y el diámetro occipito frontal más largo es sustituido por el diámetro suboccipito bregmático, que es más pequeño.

**Rotación Interna:** La rotación interna es una rotación de la cabeza, en forma tal que el occipucio se mueve de manera gradual desde su posición original anteriormente hacia la sínfisis del pubis, o, con menos frecuencia posteriormente hacia la concavidad del sacro.

**Extensión:** Cuando, después de la rotación interna, la cabeza agudamente flexionada llega a la vulva experimenta otro movimiento esencial para el parto, a saber, la extensión. Esto lleva la base del occipucio en contacto directo con el margen inferior de la sínfisis del pubis, dado que el orificio de salida vulvar se dirige hacia arriba y hacia delante. La extensión debe iniciar antes de que la cabeza pase a su través

**Rotación Externa:** La cabeza parida, luego experimenta la restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía hacia la izquierda rota hacia la tuberosidad

isquiática izquierda; si originalmente se dirigía hacia la derecha rota hacia la derecha.

Expulsión: Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y en seguida el periné es distendido por el hombro posterior. Después de la salida de los hombros el resto del cuerpo es rápidamente expulsado.