



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Tema: resumen de la primera unidad

Parcial: 1er parcial

Materia: ginecología t obstetricia

Catedrático: Dr Mauricio Solís Perez

Licenciatura en medicina humana

6to semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez 19 de marzo de 2024

RESUMEN DE LA UNIDAD 1

FISIOLOGIA DE CONTRACCION

Las contracciones uterinas se pueden presentar durante el embarazo y el puerperio, pero tiene mayor utilidad durante el trabajo de parto, porque es allí donde la onda de la contracción uterina cumple su principal función de motor ejerciendo borramiento, dilatación, descenso de la presentación y expulsión fetal.

Durante las primeras 36 a 38 semanas de gestación normal, el miometrio se encuentra en estado preparatorio, pero sin respuesta. Al mismo tiempo, el cuello uterino comienza una etapa temprana de remodelación, pero mantiene la integridad estructural. Después de esta inactividad uterina prolongada, se produce una fase de transición durante la cual se suspende la falta de respuesta del miometrio y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de cohesión estructural.

Tres teorías contemporáneas generales describen el inicio del trabajo de parto. Visto de manera simplista, el primero es la pérdida funcional de los factores de mantenimiento del embarazo. El segundo se centra en la síntesis de factores que inducen el parto. El tercero sugiere que el feto maduro es la fuente de la señal inicial para el inicio del parto al final del embarazo, se produce la activación decidua. Con esto, las transiciones de decidua inducen señales inflamatorias y retiran la inmunosupresión activa, lo que contribuye al comienzo del parto.

Durante el embarazo, el cuello uterino tiene múltiples funciones que incluyen: 1) mantenimiento de la función de barrera para proteger el tracto reproductivo de la infección, 2) mantenimiento de la competencia cervical a pesar de mayores fuerzas gravitacionales a medida que el feto crece y 3) orquestación de los cambios de la matriz extracelular que permiten una coherencia progresivamente mayor del tejido

Los niveles plasmáticos de estrógeno y progesterona en el embarazo normal son enormes y están muy por encima de las constantes de afinidad para sus receptores, el estrógeno puede aumentar la

capacidad de respuesta de progesterona y al hacerlo promover la inactividad uterina al final del embarazo, el estrógeno ayuda a los procesos que median la actividad uterina y la maduración cervical, la progesterona con el estrógeno se unen a los receptores nucleares que regulan la transcripción génica en un patrón específico de células y contextos.

Las señales para un parto verdadero son:

- Las contracciones se producen en intervalos regulares.
- Su frecuencia aumenta progresivamente
- La duración media de las contracciones oscila entre los 30 y 70 segundos.
- Las contracciones persisten, aunque la madre cambie de posición
- El dolor suele empezar en la espalda y extenderse hacia el abdomen de la embarazada. Por eso a veces se habla de "parto de riñones" al verdadero trabajo de parto

MECANISMOS DEL PARTO

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 de terminarse en el parto prematuro. Las relaciones importantes incluyen estática, presentación, actitud y posición fetales. La estática fetal describe la relación del eje largo del feto con el de la madre.

La parte de presentación es la porción del cuerpo fetal que se encuentra en el canal del parto o en la proximidad más cercana. Por lo general, se puede sentir a través del cuello uterino durante la exploración vagina la parte de presentación es la cabeza o las nalgas del feto, las cuales se denominan presentaciones cefálica y pelviana, respectivamente. Cuando el feto se encuentra con el eje largo de forma transversal, el hombro es la parte de presentación.

La fontanela occipital es la parte de presentación, y ésta se denomina presentación de vértice u occipital. Con mucha menos frecuencia, el cuello del feto puede extenderse de repente para que el occipucio y la espalda entren en contacto, y la cara esté frente al canal del parto: presentación de cara. La cabeza del feto puede asumir una posición entre estos extremos. Cuando el cuello sólo está parcialmente flexionado, puede presentarse la fontanela anterior (grande): presentación sincipital. Cuando el cuello sólo está parcialmente extendido, la frente puede emerger: presentación de frente. Estas dos últimas suelen ser transitorias

La incidencia de la presentación pelviana disminuye con la edad gestacional y se aproxima a 3% a término la presentación pelviana puede deberse a circunstancias que impiden que tenga lugar una versión normal

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. Por consiguiente, con cada presentación puede haber dos posiciones —derecha o izquierda. El occipucio fetal, el mentón (mentum) y el sacro son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pelviana, respectivamente

Maniobras de Leopold

1. Las Maniobras de Leopold son un conjunto de técnicas de exploración manual empleadas en Obstetricia y que permiten evaluar la posición, presentación y situación del feto dentro del útero.
2. La primera maniobra de Leopold consiste en la palpación del fondo uterino para identificar el polo cefálico o pélvico del feto.
3. La segunda maniobra implica la palpación de los lados del abdomen de la madre para identificar la posición de la columna vertebral y los miembros del feto
4. La tercera maniobra, también conocida como la maniobra de Pawlik o la de Pinard, se realiza para identificar el polo inferior del feto y determinar su grado de encajamiento en la pelvis
5. La cuarta maniobra tiene como objetivo determinar la posición del polo cefálico del feto y su grado de flexión.

Ecografía y radiografía

Las técnicas ecográficas pueden ayudar a identificar la posición fetal, especialmente en pacientes con paredes abdominales musculares u obesas. En comparación con los exámenes dactilares, la ecografía para la determinación de la posición de la cabeza del feto durante el parto en la segunda etapa es más precisa.

Presentación occipitoanterior

De forma conjunta, las contracciones uterinas producen modificaciones importantes en la actitud o el hábito fetal, en especial después de que la cabeza ha descendido a la pelvis. Estos cambios consisten principalmente en la extensión fetal, con pérdida de convexidad dorsal y en un plegamiento mayor de las extremidades sobre el tronco. Como resultado, el ovoide fetal se transforma en un cilindro, con una sección transversal lo más pequeña posible que pasa típicamente a través del canal del parto.

Encajamiento

A medida que el feto va creciendo el útero también lo hace y hacia el octavo mes alcanza su nivel más alto. A partir de ese momento la cabeza del feto se va metiendo en la pelvis y la gente suele decir que el bebé se está "encajando". La cabeza del feto tiende a acomodarse al eje transversal de la entrada pélvica, en tanto que la sutura sagital, si bien permanece paralela a este eje, puede que no esté exactamente a medio camino entre la sínfisis y el promontorio sacro. La sutura sagital está de flexionada a menudo en dirección posterior hacia el promontorio, o anterior hacia la sínfisis del pubis. Una vez que ocurre esto, la mujer siente alivio de los síntomas relacionados con la presión que ocasionaba el útero y el feto sobre el diafragma, responsable de la sensación de asfixia y taquicardia que con frecuencia presenta la embarazada antes que ocurra el encajamiento.

Descenso

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién

nacido. En las nulíparas, el encajamiento puede tener lugar antes del inicio del parto, y puede que no le siga un descenso adicional hasta el inicio de la segunda etapa. En multíparas, el descenso suele comenzar con el encajamiento. El descenso se produce por una o más fuerzas de un total de cuatro:

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
4. extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

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. Rotación interna, este movimiento hace que el occipucio se aleje de manera gradual del eje transversal.

Después de la rotación interna, la cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión cuando la cabeza presiona el piso pélvico, entran en juego dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más posteriormente, y la segunda, efectuada por el suelo pélvico resistente y la sínfisis, actúa más anteriormente. El vector resultante está en la dirección de la abertura vulvar, lo que provoca la extensión de la cabeza.

Expulsión

Casi inmediatamente después de la rotación externa, el hombro anterior aparece bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se dilata por el hombro posterior. Después de la salida de los hombros, el resto del cuerpo pasa con rapidez. Cuando el hombro anterior está fuertemente encajado debajo de la sínfisis, se diagnostica distocia de hombro

características del parto normal

Los factores que afectaron la duración de la fase laten te incluyen sedación excesiva o analgesia epidural; afección cervical desfavorable, es decir, la existencia de tejido grueso o sin dilatación, y trabajo de parto falso. De las embarazadas a las que se les había

administrado sedación intensa, 85% entró finalmente en parto activo. En otro 10%, las contracciones uterinas cesaron, lo que sugiere que tenían un trabajo de parto falso. Un 5% restante experimentó la persistencia de una fase latente anormal y requirió la estimulación con la oxitocina, El progreso del trabajo de parto en nulíparas tiene un significado particular porque todas estas curvas revelan un cambio rápido en la pendiente de las tasas de dilatación cervical entre 3 y 5 cm, El descenso comienza en la etapa posterior de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulíparas y se vuelve más rápido después de 8 cm, con la dilatación cervical completa y finaliza con la salida del feto. La duración media es de aproximadamente 50 minutos para nulíparas y alrededor de 20 para múltiparas, pero es muy variable.

El parto se caracteriza por la brevedad y considerable variación biológica. El parto activo puede diagnosticarse de manera confiable cuando la dilatación cervical es ≥ 3 cm en presencia de contracciones uterinas. Una vez que se alcanza este umbral de dilatación cervical, se puede esperar una progresión normal, según la paridad, en las siguientes 4 a 6 horas. El progreso anticipado durante una segunda etapa de 1 a 3 horas se monitorea para garantizar la seguridad del feto. Finalmente, la mayoría de las pacientes en trabajo de parto espontáneo, independientemente de la paridad, si no son asistidas, darán a luz dentro de aproximadamente 10 horas después del ingreso para el trabajo de parto espontáneo