



Mi Universidad

Resumen

Abril Amairany Ramírez Medina

Trabajo de parto

Ier parcial

Ginecología y obstetricia

Dr. Mauricio Solís Pérez

Medicina humana

6to semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 17 de marzo de 2024

Fase 1: inactividad uterina y maduración cervical

El parto se puede dividir arbitrariamente en cuatro fases superpuestas que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo. Estas fases de parto incluyen: 1) un preludio, 2) la preparación, 3) el proceso en sí mismo y 4) la recuperación. Es importante destacar 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.

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. 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. Algunas contracciones del miometrio de baja intensidad se sienten durante la fase de reposo, pero normalmente no causan dilatación cervical. Estas contracciones son comunes hacia el final del embarazo, especialmente en multíparas, conocidas como contracciones de Braxton Hicks o trabajo de parto falso.

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 (cAMP, cyclic adenosine monophosphate), 3) generación de monofosfato de guanosa cíclico (cGMP, cyclic guanosine monophosphate) y 4) otros sistemas, incluida la modificación de los canales iónicos de células miometriales.

Fase 2: preparación para el trabajo de parto

Para prepararse para el trabajo de parto, la inactividad miometrial de la fase 1 del parto debe suspenderse, lo que se conoce como despertar o activación 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.

Cambios en el miometrio

Los cambios en el miometrio de la fase 2 lo preparan para las contracciones del parto. Esto es el resultado de un cambio en la expresión de proteínas clave que controlan la inactividad uterina a una expresión de proteínas asociadas a la contracción, descrita con anterioridad (p. 405) (Renthal, 2015). De estas CAP, los receptores miometriales de la oxitocina y las proteínas de unión gap, tales como conexina-43, aumentan de manera notable en número. Estas CAP incrementan la irritabilidad uterina y la capacidad de respuesta a la uterotonina.

Otro cambio crítico en la fase 2 es la formación del segmento uterino inferior a partir del istmo. Con este desarrollo, la cabeza del feto a menudo desciende hasta la entrada pélvica o incluso la atraviesa, lo que se conoce como alumbramiento.

Maduración cervical

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. Las modificaciones cervicales durante la fase 2 incluyen principalmente cambios en el tejido conjuntivo, denominados maduración cervical.

Inducción de la maduración cervical

Ninguna terapia previene la maduración cervical prematura. Por el contrario, el tratamiento para promover la maduración cervical para la inducción del trabajo de parto incluye la aplicación directa de prostaglandinas PGE2 y PGF2a.

Fase 3: trabajo de parto

Esta fase es sinónimo de trabajo de parto activo, que habitualmente se divide en tres etapas. Estos componen el gráfico de trabajo de parto comúnmente utilizado. 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.

Primera etapa: inicio clínico del parto

Contracciones uterinas del parto

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. Esta expulsión del tapón de moco que previamente había llenado el canal cervical durante el embarazo se conoce como “show” o “show sangriento”. Su aprobación indica que el parto ya está en progreso o que probablemente se prolongue en horas o días.

Distintos segmentos uterinos inferior y superior. 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 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.

El miometrio del segmento superior no se relaja a su longitud original después de las contracciones.

Cambios cervicales

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. Aunque no puede haber descenso fetal durante

el borramiento cervical, lo más común es que la parte fetal presentada descienda un poco a medida que se dilata el cuello uterino.

Borramiento cervical es “obliteración” o “absorción” del cuello uterino. Se manifiesta de manera clínica por acortamiento del canal cervical desde una longitud de casi 3 cm hasta un simple orificio circular con bordes casi delgados como borde de papel. Las fibras musculares a nivel del orificio cervical interno se levantan hacia arriba o se “retoman” hacia el segmento uterino inferior.

El proceso de borramiento y dilatación cervical causa la formación de la bolsa de las aguas del líquido amniótico. Esta es la porción principal de líquido y saco amniótico ubicada en frente de la parte que se presenta.

Segunda etapa: descenso fetal

En muchas nulíparas, la orientación y encajamiento de la cabeza se logra antes de que comience el parto. Dicho esto, es posible que a 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.

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. A medida que el recién nacido nace, el útero se contrae de manera espontánea alrededor de sus contenidos decrecientes.

Uterotónicos en la fase 3: el trabajo de parto

Oxitocina

A fines del embarazo, durante la fase 2 del parto, el número de receptores de la oxitocina miometrial crece de manera apreciable. Este incremento coincide con una mayor capacidad de respuesta contráctil uterina a la oxitocina. La gestación prolongada se asocia con un retraso en el aumento de los niveles de estos

receptores. La oxitocina, literalmente, el nacimiento rápido, fue la primera uterotonina implicada en el inicio del 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. Esto es típicamente aumentado por agentes uterotónicos endógenos y farmacológicos.

Mecanismos del parto

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. La estática fetal describe la relación del eje largo del feto con el de la madre. En más de 99% de los partos a término, la estática fetal es longitudinal.

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. Por lo general, se puede sentir a través del cuello uterino durante la exploración vaginal. Por consiguiente, en estáticas longitudinales, la parte de presentación es la cabeza o las nalgas del feto, las cuales se denominan presentaciones cefálica y pelviana, respectivamente.

Presentación cefálica. Estas presentaciones se clasifican según la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto.

Presentación pelviana. La incidencia de la presentación pelviana disminuye con la edad gestacional y se aproxima a 3% a término.

Actitud fetal. En los últimos meses del embarazo, el feto asume una postura característica descrita como actitud o hábito.

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. 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. Se pueden usar varios métodos para diagnosticar la presentación y la posición del feto. El examen abdominal se puede realizar de forma sistemática mediante el empleo de las cuatro maniobras descritas por Leopold.

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. 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.