



*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Trabajo de Parto***

*Parcial: **2°***

*Nombre de la Materia: **Clínica de Ginecología***

*Nombre del profeso: **Dr. Carlos I. Arriaga Flores***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **7°***

San Cristóbal de las Casas, Chis. A 15 de Octubre de 2024.

TRABAJO DE PARTO

El parto normal (OMS 1996) se define como aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento.

Se divide en 3 etapas

PRIMERA ETAPA: INICIO CLÍNICO DEL PARTO

- Comienza cuando se logran contracciones uterinas regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical, que se denomina *borramiento*.

Contracciones uterinas del parto

- Las contracciones comienzan repentinamente.
- Inician mediante la liberación espontánea de una cantidad de moco teñido de sangre (tapón mucoso).

Distintos segmentos uterinos inferior y superior.

- El segmento superior es firme durante las contracciones.
- el segmento inferior es más suave, distendido y más pasivo.

Cambios en la forma uterina.

- Cada contracción alarga de manera gradual la forma uterina ovoide y de ese modo reduce el diámetro horizontal.
- El alargamiento de la forma ovoide se ha estimado en 5 a 10 cm.
- En segundo lugar, con el alargamiento del útero, las fibras musculares longitudinales se tensan.

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 la cabeza no descienda más hasta el final del parto.

Cambios en el piso pélvico

- El componente más importante del piso es el **músculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular** que cubre sus superficies superior e inferior.
- El músculo elevador del ano cierra el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma.
- El músculo elevador del ano varía en grosor de 3 a 5 mm, aunque sus márgenes que rodean el recto y la vagina son algo más gruesos.

Durante el embarazo, el elevador del ano por lo general:

- Experimenta hipertrofia, formando una banda gruesa que se extiende hacia atrás desde el pubis
- Rodea la vagina unos 2 cm por encima del plano del himen.

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.

- Las membranas por lo general permanecen *in situ* hasta que la separación de la placenta está casi completa.
- Se despegan de la pared uterina, en parte por la contracción adicional del miometrio y en parte por la tracción que ejerce la placenta separada a medida que desciende durante la expulsión.

Prostaglandinas:

- Los niveles de prostaglandinas, o sus metabolitos, en el líquido amniótico, el plasma materno y la orina materna aumentan durante el trabajo de parto.
- Los receptores para PGE2 y PGF2 β se expresan en el útero y el cuello uterino.

Fuerzas auxiliares

- La presión intraabdominal materna produce la fuerza más importante en la expulsión fetal.
- La importancia de la presión intraabdominal se muestra por el descenso prolongado durante el parto en mujeres parapléjicas y en aquellas con un bloqueo epidural denso.

Cambios cervicales

- Ocurren dos cambios fundamentales: borramiento y dilatación en el cuello uterino maduro.
- 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

- 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.
- El borramiento se puede comparar con un proceso de canalización en el que toda la longitud de un cilindro estrecho se convierte en un embudo de abocinado muy obtuso con una pequeña abertura distal circular.

Endotelina-1:

- Inducen de manera poderosa la contracción del miometrio.
- Se produce en el miometrio de gestaciones a término.
- Es capaz de inducir la síntesis de otros mediadores contráctiles, como las prostaglandinas y los mediadores inflamatorios.

Angiotensina II

- La unión de la angiotensina II al receptor de la membrana plasmática provoca una contracción.

BIBLIOGRAFÍA:

Williams Obstetricia, 25° Edición. Trabajo de parto

Guía de Práctica Clínica