



Erivan Robely Ruiz Sánchez.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadros informativos

Ginecología y obstetricia

Sexto "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 27-05-2025.

Introducción

El estudio del embarazo, el parto y el puerperio es uno de los pilares fundamentales de nuestra comprensión de la fisiología y la patología humana. Sobre este contexto, existen dos áreas que se destacan por su impacto directo en la salud materno-fetal: el control prenatal y los mecanismos del trabajo de parto.

El control prenatal no es meramente una serie de consultas; es la piedra angular, una parte fundamental y clave para una gestación saludable. Representa la oportunidad de establecer un vínculo con la futura madre, educarla, identificar y manejar riesgos, y asegurar el desarrollo óptimo del feto. Es la prevención en su máxima expresión, permitiéndonos anticipar complicaciones y optimizar las condiciones para un momento tan importante como lo es: el parto.

Por otro lado, los mecanismos del trabajo de parto son la naturaleza humana y reproductiva es tan perfecta que el cuerpo materno y el feto ejecutan para culminar la gestación. Comprender cada movimiento cardinal desde el encajamiento hasta la expulsión, no es solo memorizar pasos, sino entender el proceso, la adaptación y lo sabio que es el cuerpo humano. Es la base para reconocer un parto fisiológico, identificar desviaciones y, cuando sea necesario, intervenir de manera oportuna y segura.

Ambos temas, aunque distintos, son dependientes uno de otro, aunque no directamente, pero tienen una gran relación para un parto exitoso. Un control prenatal bien ejecutado nos prepara para los desafíos del trabajo de parto, y un conocimiento profundo de los mecanismos del parto nos permite aplicar la atención más adecuada en el momento crítico. Es importante dominar estos conceptos para conocer y podamos garantizar resultados positivos tanto para la madre como para el recién nacido.

Control Prenatal

<p>¿QUÉ ES?</p>	<p>Es el seguimiento médico periódico que recibe la gestante durante el embarazo para monitorear su salud y la del bebé, prevenir complicaciones y promover un embarazo saludable.</p>
<p>OBJETIVOS PRINCIPALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el bienestar materno-fetal. • Detectar y manejar riesgos o complicaciones. • Brindar educación sobre nutrición, cuidados y preparación para el parto. • Promover vacunación y suplementación.
<p>FRECUENCIA DE CONSULTAS</p>	<p>Generalmente se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta las 28 semanas: Una consulta al mes. 1er trimestre • De las 28 a las 36 semanas: Cada dos semanas. 2do trimestre • Desde las 36 semanas hasta el parto: Semanalmente. 3er trimestre <p>En embarazos de alto riesgo, las consultas serán más frecuentes y adaptadas a las necesidades específicas de la paciente.</p>
<p>ESTUDIOS Y CONTROLES</p>	<p>Se realizan diversas evaluaciones y pruebas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso y presión arterial: Se monitorean en cada consulta para detectar variaciones que puedan indicar complicaciones. • Altura uterina: Para evaluar el crecimiento fetal. • Latidos cardiacos fetales. • USG: Primer trimestre (semanas 11-14): Confirma el embarazo, fecha probable de parto y descarta embarazo ectópico. Puede evaluar riesgo de síndrome de Down. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Segundo trimestre (semanas 18-22): Ecografía morfológica, evalúa el desarrollo de órganos, detecta posibles malformaciones y determina el sexo del bebé. ◦ Tercer trimestre (después de la semana 30): Evalúa crecimiento fetal, posición del bebé, cantidad de líquido amniótico y ubicación de la placenta. • Análisis de sangre y orina: Hemograma completo: Para detectar anemia. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Grupo sanguíneo y Rh: Para prevenir incompatibilidad Rh. ◦ Glucosa: Para detectar diabetes gestacional. ◦ Serologías: Para detectar infecciones como sífilis, VIH, hepatitis B y C, toxoplasmosis, rubéola, etc. ◦ Urocultivo y examen general de orina: Para detectar infecciones urinarias asintomáticas. • Prueba de Coombs indirecta: • Papanicolaou: Para detectar anomalías en el cuello uterino. • Cultivo vaginal (en el tercer trimestre): Para detectar bacterias y no pueda ser transmitida al bebé durante el parto.
<p>SUPLEMENTACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido Fólico: <ul style="list-style-type: none"> ◦ General: Se recomienda una dosis diaria de 400 microgramos (0.4 mg) 1-3 meses ◦ Alto riesgo: En mujeres con antecedentes de hijos con defectos del tubo neural, tratamiento con ciertos medicamentos (como ácido valproico para epilepsia), diabetes preexistente, obesidad o malabsorción, la dosis puede aumentarse a 5 miligramos/día. • Hierro: <ul style="list-style-type: none"> ◦ General: La ingesta diaria recomendada 30-60 mg/día para disminuir el riesgo de anemia, bajo peso al nacer y parto pretérmino. ◦ En caso de anemia: Si se diagnostica anemia, la dosis puede ser mayor, y será el médico quien la ajuste. Se recomienda tomar el hierro con vitamina C (por ejemplo, con un jugo de naranja) para mejorar su absorción y evitar tomarlo con té, leche o café, ya que pueden interferir con su absorción. • Calcio: <ul style="list-style-type: none"> ◦ La suplementación con calcio se recomienda 1.5-2gr podría reducir el riesgo de preeclampsia y hipertensión gestacional. • Vitamina D: reduce el bajo peso al nacer, parto prematuro • Omega-3 (DHA/EPA): <ul style="list-style-type: none"> ◦ General: Se recomienda una ingesta mínima diaria de 300 miligramos (mg) o 2 porciones de pescado durante todo el embarazo. ◦ El DHA es fundamental para el desarrollo neurológico y visual del feto. • Vitamina A: Reduce la ceguera nocturna y anemia materna. • Vitamina D,C,E: no se recomienda suplementación rutinaria.
<p>SEÑALES DE ALARMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal. • Dolor abdominal intenso. • Pérdida de líquido amniótico • Hinchazón excesiva (pies/cara). • Visión borrosa o dolor de cabeza severo. • Fiebre alta. • Ausencia de movimientos fetales. • Ardor al orinar o cambios en la frecuencia urinaria • Vomitos intensos y persistentes

Mecanismos del Trabajo de Parto

Definición

Proceso fisiológico en el que una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas permiten la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto por el canal de parto, culminando en el nacimiento.

2. Maniobras de Leopold

son cuatro técnicas sistemáticas de palpación abdominal que se utilizan para determinar la posición, presentación y situación del feto dentro del útero materno. Son fundamentales para evaluar el progreso del trabajo de parto y planificar la atención.

Maniobra	Propósito	Imagen
Situación	Determinar qué polo fetal ocupa el fondo uterino (cefálico o podálico).	
Posición	Identificar la posición del dorso fetal (derecho o izquierdo) y las extremidades.	
Presentación Fetal	Determinar la parte fetal que se presenta en la pelvis (polo cefálico o podálico) y su grado de encajamiento.	
Grado de Encajamiento	Evaluar el grado de descenso y encajamiento de la presentación fetal en la pelvis.	

3. Fases del Trabajo de Parto

	DURACIÓN	CARACTERÍSTICAS:
Fase Latente	Puede durar horas o días.	Contracciones uterinas irregulares y menos intensas. El cuello uterino comienza a borrar (adelgazarse) y a dilatarse lentamente (hasta aproximadamente 3-5 cm). La mujer puede sentirse ansiosa o emocionada.
Fase Activa	Generalmente más corta y más intensa.	Contracciones regulares, fuertes y frecuentes. El cuello uterino se dilata más rápidamente (de 3-5 cm a 10 cm). Se subdivide en: <ul style="list-style-type: none"> Fase de Aceleración: Dilatación de 3-7 cm. Fase de Máxima Pendiente: Dilatación de 7-9 cm (la más rápida). Fase de Desaceleración: Dilatación de 9-10 cm.
Alumbramiento	Desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta.	Contracciones uterinas más suaves que ayudan a desprender y expulsar la placenta. La duración normal es de 5 a 30 minutos.

4. Mecanismos del Parto

	DEFINICION
Encajamiento:	El paso del diámetro biparietal de la cabeza fetal a través del estrecho superior de la pelvis. Se considera encajada cuando la parte más ancha de la cabeza ha pasado la entrada pélvica.
Descenso:	El movimiento progresivo de la presentación fetal a través del canal del parto. Es un proceso continuo que ocurre a lo largo de todo el trabajo de parto.
Flexión:	La flexión de la cabeza fetal sobre su tórax, de modo que el mentón se acerca al esternón. Esto reduce el diámetro de presentación de la cabeza, permitiendo un paso más fácil.
Rotación Interna:	El giro de la cabeza fetal dentro de la pelvis para que el occipucio rote desde una posición transversal u oblicua hacia la sínfisis del pubis (en presentación de vértice). Esto alinea el diámetro anteroposterior de la cabeza con el diámetro anteroposterior de la pelvis.
Extensión:	La extensión de la cabeza fetal a medida que emerge por debajo de la sínfisis del pubis. Primero emerge el occipucio, luego la frente y finalmente la cara.
Rotación Externa	Después de la extensión de la cabeza, esta gira para alinearse con los hombros del feto, que están rotando internamente dentro de la pelvis. El occipucio gira hacia el muslo materno.
Expulsión:	El nacimiento del resto del cuerpo del feto. Primero emerge el hombro anterior por debajo del pubis, luego el hombro posterior y, finalmente, el resto del cuerpo.

Papel de las Contracciones Uterinas

- Fuerza Impulsora
- Borramiento y Dilatación
- Descenso Fetal.
- Desprendimiento Placentario

Papel de la Pelvis Materna

- Canal Óseo: La pelvis ósea forma el canal de parto a través del cual el feto debe pasar. Su forma y dimensiones son cruciales para un parto vaginal exitoso.
- Estrechos Pélvicos: La pelvis tiene tres estrechos importantes:
 - Estrecho Superior (Entrada): Determina el encajamiento de la cabeza fetal.
 - Estrecho Medio (Cavidad): Es la parte más espaciosa, donde ocurre la rotación interna.
 - Estrecho Inferior (Salida): Es la parte por donde emerge el feto.
- Adaptación Fetal: La cabeza fetal debe realizar una serie de movimientos cardinales (mecanismos del parto) para adaptarse a las diferentes formas y diámetros de los estrechos pélvicos.
- Tipos de Pelvis: La forma de la pelvis: ginecoide, androide, antropoide, platipeloide

Conclusión

Hemos explorado cómo el seguimiento sistemático durante el embarazo es vital para detectar anomalías, prevenir enfermedades y promover hábitos saludables, sentando las bases para un nacimiento sin complicaciones. La importancia de la educación a la paciente, la detección temprana de preeclampsia, diabetes gestacional o infecciones, y la monitorización del crecimiento fetal, son partes fundamentales para una correcta labor en un embarazo.

No siendo menos importante, el estudio detallado de los mecanismos del parto como ya dije con anterioridad es asombrosa la capacidad del cuerpo femenino y la adaptación fetal. Cada movimiento cardinal encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión no es un evento random o aleatorio, sino una secuencia lógica y coordinada que optimiza el paso del feto a través de un canal para su nacimiento. Podemos ver la importancia de valorar la interacción entre las fuerzas uterinas, la resistencia del canal del parto y la morfología fetal, elementos cruciales para un parto vaginal exitoso.

Lo que podemos rescatar y aprender de estos temas es ese importante conocimiento de la integración clínica. No podemos abordar el parto sin haber comprendido la historia gestacional completa, ni podemos ofrecer un control prenatal efectivo sin tener en mente el proceso fisiológico que se desarrollara.

Para mí como estudiante de medicina considero que debemos tener una profunda empatía hacia nuestras pacientes y una constante actualización de nuestros conocimientos. El dominio y la familiarización de estos conceptos no solo nos permitirá asistir un parto, sino también acompañar a las familias en uno de los momentos más importantes de sus vidas, asegurando la seguridad y el bienestar de la madre y el neonato.

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Salud. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*. Diario Oficial de la Federación.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, J. Y. (2021). *Williams Obstetrics* (18.). McGraw-Hill Education.
- Superville SS, Siccardi, MA. Maniobras de Leopold. [Actualizado el 27 de julio de 2024]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/>