

Ricardo Alonso Guillen Narváez

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadro comparativo

Ginecología y obstetricia

Sexto semestre

PASIÓN POR EDUCAR

“A”

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa única y significativa en la vida de una mujer, caracterizada por una serie de cambios físicos, emocionales y psicológicos que preparan su cuerpo para el desarrollo y nacimiento de un nuevo ser. Este proceso, aunque natural, requiere de un seguimiento cuidadoso y profesional para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. En este sentido, el control prenatal y la adecuada atención del trabajo de parto se convierten en pilares fundamentales de la atención materna.

En teoría el control prenatal través de las evaluaciones clínicas, estudios complementarios y consejería, se pueden identificar de manera temprana factores de riesgo, prevenir enfermedades y tratar posibles complicaciones. Además, estas consultas representan una oportunidad valiosa para educar a la gestante sobre temas relevantes como nutrición, actividad física, signos de alarma, preparación para el parto y cuidados del recién nacido.

Por otro lado, el trabajo de parto representa la culminación del embarazo y es un momento crítico que requiere atención especializada. Durante esta etapa, es esencial que el proceso se desarrolle en un entorno seguro, con el acompañamiento de profesionales capacitados que puedan actuar ante cualquier eventualidad. Una atención respetuosa, humanizada y basada en la evidencia puede hacer una gran diferencia en la experiencia del parto, reduciendo la ansiedad de la madre y promoviendo un nacimiento seguro.

En conjunto, el control prenatal y el adecuado manejo del trabajo de parto no solo contribuyen a la disminución de la mortalidad materna y neonatal, sino que también promueven una experiencia positiva y saludable para la mujer, el bebé y su entorno familiar. Por ello, es fundamental promover el acceso equitativo y de calidad a estos servicios como parte de una atención integral en salud materna.

TRABAJO DE PARTO

Definición

Proceso fisiológico que comienza con contracciones uterinas regulares que provocan el borramiento y la dilatación del cuello uterino, permitiendo el paso del bebé a través del canal de parto. Este proceso puede ocurrir de forma espontánea o ser inducido médicamente.

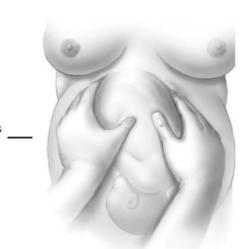
Maniobras de Leopold "Se Pone Preciosa y Se enoja"

SITUACIÓN

Tiene como objetivo determinar que polo fetal ocupa el fondo uterino (céfalico o podálico)

Técnica: Con ambas mano, se hace palpación del fondo uterino para identificar las estructuras

- Redonda, dura y móvil: Cabeza
- Masa irregular y blanda: Nalgas



POSICIÓN

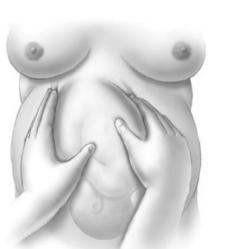
Verificar el eje longitudinal del bebé con respecto al de la madre, teniendo tres posibles posiciones:

- Longitudinal
- Transversal
- Oblicua: Suele ser transitoria

Identificar el dorso fetal (derecha e izquierda) y las extremidades

Técnica: Se colocan las manos a ambos lados del abdomen para localizar el dorso fetal.

Dorso: Superficie firme y convexa
Extremidades: Irregulares y móviles



PRESENTACIÓN

Determinar que parte del feto se encuentra sobre la pelvis materna

Técnica: Con una mano se palpa la parte inferior del abdomen, justo por encima de la sínfisis del pubis, para identificar qué parte del feto se presenta hacia la pelvis (cabeza o nalgas)

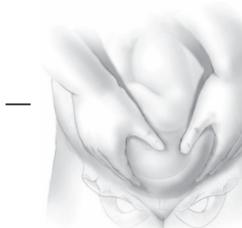
- Cabeza no encajada: Masa móvil
- Cabeza encajada: Masa fija



ENCAJAMIENTO

Evaluar el grado de encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis y su grado de flexión.

Técnica: Se coloca frente a los pies de la madre, se palpan los lados inferiores del útero para determinar el grado de encajamiento



Fases del trabajo de parto

Latente:

- Fase que inicia con las contracciones uterinas regulares, el cual el cuello uterino comienza a borrarse y existe dilatación <4 cm
- Contracciones: Cada 5-10 minutos, con una duración de 30-45 segundos
- Duración estimada:
 - Nulíparas: 18-20 hrs
 - Multiparas: 12-14 hrs
- Fase latente prolongada:
 - Sedación excesiva
 - Trabajo de parto falso
 - Tejido grueso

Comienza cuando la dilatación cervical alcanza >5 cm aproximadamente y progresa hasta llegar 10 cm

Activa:

- Contracciones: Cada 2-3 minutos, con una duración de 45-60 segundos
- Existen tres fases:
 - Fase de aceleración
 - Fase de aceleración máxima
 - Fase de desaceleración
- Duración estimada:
 - Nulíparas: 8-18 hrs-Contracciones más frecuentes
 - Multiparas: 5-12 hrs

Alumbramiento:

- Fase que inicia tras la salida del feto y culmina con la expulsión de la placenta
- Duración estimada: Generalmente entre 5-10 minutos, pero puede extenderse como máximo 30-60 minutos.

Maniobras

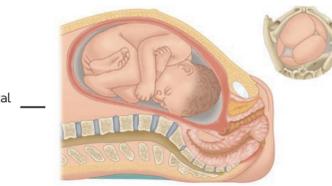
- Maniobra de Dublin
- Maniobra de Andrews




Mecanismos del trabajo de parto

Encajamiento

- Paso del diámetro biparietal de la cabeza fetal a través de la pelvis
- Puede existir un proceso como el asinclitismo



Descenso

- Movimiento progresivo de la cabeza fetal a través del canal de parto
- Podemos evaluarlo con los planos de Hodge y estaciones de Lee

Planos de Lee

Mide el nivel en centímetros del osmen desde el punto más prominente en relación con el nivel de las espinas ilíacas.

- Entre el nivel de las espinas S5
- Hasta el osmen se expresara como positivo (+)

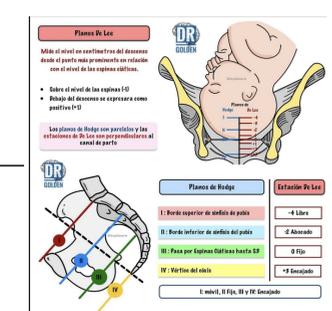
Los planos de Hodge son perpendiculares a las estaciones de Lee.

Planos de Hodge

- I: Borde superior de sínfisis del pubis
- II: Borde inferior de sínfisis del pubis
- III: Paso por Espina Iliaca hasta S2
- IV: Vértice del fémur

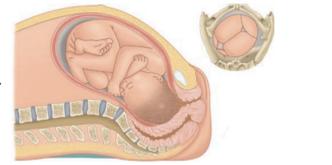
Estación de Lee

- 4 Libre
- 2 Abasado
- 0 Fijo
- +2 Sencado
- +4 Encajado



Flexión

- Inclínación de la cabeza fetal, de modo que el mentón se acerca al tórax



Rotación interna

- Giro del occipucio para alinearse con el diámetro anteroposterior de la pelvis.



Extensión

- Extensión de la cabeza fetal a medida que emerge por debajo de la sínfisis del pubis.



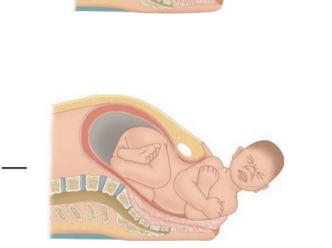
Rotación externa

- Rotación de la cabeza tras salir, para alinearse con los hombros y el cuerpo.



Expulsión

- Comienza con el nacimiento del hombro anterior para proseguir con el hombro posterior y concluye con la salida completa del cuerpo fetal



Funciones de las contracciones uterinas

- Borramiento del cuello uterino: Las contracciones provocan el acortamiento y adelgazamiento progresivo del cuello uterino, preparándolo para la dilatación
- Dilatación cervical: A medida que las contracciones se intensifican, el cuello uterino se dilata, permitiendo el paso del bebé a través del canal de parto.
- Descenso y encajamiento del feto: Las contracciones generan presión que impulsa al feto hacia la pelvis, facilitando su encajamiento y progresión por el canal de parto.
- Expulsión del bebé: Durante la fase expulsiva, las contracciones, junto con los pujos maternos, permiten la salida del bebé al exterior
- Desprendimiento y expulsión de la placenta: Tras el nacimiento, las contracciones continúan para ayudar en el desprendimiento y expulsión de la placenta
- Efecto hemostático: Las contracciones posteriores al parto comprimen los vasos sanguíneos uterinos, reduciendo el riesgo de hemorragias
- Reflejo de Ferguson: Estiramiento del cuello uterino estimula la liberación de oxitocina, aumentando la intensidad de las contracciones

Función de la pelvis materna

- Formar el canal del parto: Está formada por varios huesos los cuales delimitan un espacio a través del cual el bebé debe descender.
- Determinar el tipo de parto posible: Las dimensiones y la forma de la pelvis influyen directamente en si un parto vaginal es viable o si puede haber "desproporción céfalo-pélvica", lo cual podría requerir una cesárea. Además considerar que, existen diferentes tipos de pelvis (ginecoide, androide, antropoide y platipeloide), y no todas facilitan el parto vaginal con igual eficiencia.
- Guiar el descenso y rotación del feto: Durante el trabajo de parto, el feto debe realizar la serie de movimientos llamados mecanismos de parto, por lo cual la forma y el tamaño de la pelvis guían y condicionan estos movimientos.
- Proporcionar puntos de referencia para la evaluación del progreso: Evaluar el progreso del parto, determinar la estación fetal y tomar decisiones clínicas.
- Participar en la adaptación materno-fetal: Durante el embarazo, las articulaciones pélvicas se vuelven más flexibles gracias a la acción de hormonas, lo que facilita que la pelvis se adapte al paso del feto durante el parto.



CONTROL PRENATAL

| | |
|--|---|
| <p>¿Qué es?</p> <p>Objetivos principales</p> <p>Número de consultas prenatales:</p> <p>Estudios y controles:</p> <p>Suplementación</p> <p>Signos de alarma durante el embarazo</p> | <p>El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza. El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes. - Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, RPM, preeclampsia, sangrado en el embarazo, etc. - Prevención sistemática de enfermedades como: tetanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV. - Elaboración de un plan de acción previo al parto. - Promover la salud de la mujer embarazada y el feto: A través de la orientación de los cuidados básicos como una dieta balanceada, higiene personal, actividad física y control de emociones - Preparación para el parto y puerperio: Informar a la px embarazada sobre las etapas del trabajo de parto, técnicas de relajación, señales de alarma. - Otorgar la educación básica sobre la lactancia <p>Según la norma Oficial Mexicana 007- SSA2-2016: Son 8 consultas prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1er consulta: 6-8 SDG - 2da consulta: 10-13.6 SDG - 3era consulta: 16-18 SDG - 4ta consulta: 22 SDG - 5ta consulta: 28 SDG - 6ta consulta: 32 SDG - 7ta consulta: 36 SDG - 8ta consulta: 38-41 SDG <p>Mínimo consultas recomendado: 5 consultas</p> <p>Escalas de evaluación de riesgo prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda utilizar la escala de Morrison & Olson o la escala de evaluación de riesgo biopsicosocial prenatal: Para identificar aquellas mujeres con alto riesgo de complicaciones y poder referir las de manera oportuna siguiente nivel Se recomienda realizarlo a todas las embarazadas con riesgo bajo o moderado entre las 24-28 SDG <p>Tamizaje para Diabetes Gestacional</p> <p>Valores diagnósticos de DG, con la estrategia de un solo paso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -> 92 mg/dl en ayuno -> 180 mg/dl a la hora de la toma -> 153 mg/dl a las 2 horas de la toma <p>Monitoreo de la presión arterial</p> <p>Realizar en todas las consultas prenatales, para la detección oportuna de alguna patología (preeclampsia o eclampsia)</p> <p>Tamizaje para Isoinmunización</p> <p>La tipificación RH D y detección de anticuerpos debe realizarse en la primera visita prenatal</p> <p>Se debe conocer la tipificación sanguínea de la mujer embarazada y de su pareja</p> <p>Mujer con Rh negativo se debe solicitar prueba de Coombs indirecto para descartar confirmar presencia de anticuerpos anti D</p> <p>Tamizaje para depresión durante el parto</p> <p>Utilizar la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo</p> <p>Identificar factores de riesgo e iniciar acciones preventivas</p> <p>Tamizaje de VIH y sífilis</p> <p>Se recomienda evaluar a todas las mujeres embarazadas con pruebas de detección rápidas en el lugar de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el 1er y 3er trimestre realizar el tamizaje para la detección aquellas px portadoras del VIH e iniciar acciones correspondientes Repetir estudio para VIH en 2do trimestre si la mujer mantiene prácticas de riesgo <p>Cálculo de fecha probable de parto</p> <p>A través del USG en el primer trimestre (hasta las 13 semanas de gestación) es el método más preciso</p> <p>Utilizar la regla de Naegele sino se cuenta otros recursos disponible</p> <p>Ultrasonido obstétrico</p> <p>Utilizar en sospecha de malformaciones fetales u otro tipo de anomalías estructurales</p> <p>BH</p> <p>Primer consulta prenatal: evaluación basal</p> <p>Verificar los valores: Hb < 11 g/dL en cualquier momento del embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia leve: Hb 10-10.9 g/dL - Anemia moderada: Hb 7-9.9 g/dL - Anemia grave: Hb < 7 g/dL <p>Prueba de hepatitis B (HBsAg)</p> <p>1er consulta prenatal</p> <p>Estudio de Papanicolaou</p> <p>Detección de anomalías del cuello uterino</p> <p>Medición del fondo uterino</p> <p>Evaluar el crecimiento fetal</p> <p>Ácido fólico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar 0.4 mg/día = 1 mes antes del embarazo y 1er trimestre - Disminuir la incidencia de defectos del tubo neural - Administrar a dosis altas de ácido fólico (5 mg/día) en casos de: Embarazo previo con defecto del tubo neural, DM 1 o 2 mal controlada, Tabaquismo, Uso de fármacos con efecto anti-flato <p>Hierro</p> <p>Administrar 30-60 mg a partir de la 20 SDG</p> <p>Prevenir anemia materna</p> <p>Vitamina A</p> <p>Prevención de anemia en embarazadas donde hay déficit de vitamina A</p> <p>Previene la ceguera nocturna y anemia</p> <p>Vitamina D</p> <p>Administrar 601 UI/d</p> <p>Reducir el riesgo de DG en mujeres con fx de riesgo</p> <p>Calcio</p> <p>1.5 mg/día - 1 g vía oral</p> <p>Si hay riesgo de eclampsia Manejo de calambres durante el embarazo</p> <p>Omega 3</p> <p>Sugerirle consumir de 500 mg a 1000 mg por día, a partir de 12 SDG</p> <p>Reduce el riesgo de parto pretérmino</p> <p>Signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea intensa - Fosfenos y acúfenos - Náuseas y vómitos frecuentes - Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de 28 sdg - Palidez marcada - Hinchazón de pies, manos o cara - Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales - Aumento de peso más de 2 kg por semana - Fiebre - Contracciones uterinas de 3 a 5 min de duración antes de las 37 sdg. - Dolor abdominal persistente de cualquier intensidad - Dificultad para respirar - Aumento en el número de micciones y molestia al orinar - Convulsiones |
|--|---|



CONCLUSIÓN

Como conclusión del trabajo realizado he comprendido que el control prenatal y la atención adecuada del trabajo de parto son elementos fundamentales en el cuidado integral de la salud materno-infantil. Estas etapas no solo representan momentos clínicos importantes, sino también oportunidades clave para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un inicio de vida con las mejores condiciones posibles para el recién nacido.

El control prenatal tiene un valor preventivo incalculable. A través de visitas médicas regulares, exámenes físicos, pruebas de laboratorio y orientación educativa, es posible identificar factores de riesgo, diagnosticar enfermedades en fases tempranas y aplicar medidas oportunas para evitar complicaciones tanto en la madre como en el feto. Además, permite reforzar aspectos esenciales como la nutrición, la salud mental, la planificación del parto y el fortalecimiento del vínculo entre la gestante y el personal de salud. Por su parte, el trabajo de parto es un momento crítico que requiere preparación, sensibilidad y una atención médica basada en evidencia. Durante esta etapa, es indispensable valorar de forma continua las condiciones maternas y fetales, respetar los tiempos fisiológicos del parto y actuar de forma oportuna ante cualquier signo de alarma. Una atención adecuada en este momento no solo puede prevenir complicaciones graves como hemorragias, distocias o sufrimiento fetal, sino que también contribuye a que la madre viva esta experiencia de forma segura, acompañada y respetada. En resumen, tanto el control prenatal como el trabajo de parto son etapas interdependientes que conforman un proceso continuo y delicado en la atención del embarazo.

REFERENCIAS:

- 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.