

# UDS

PASIÓN POR EDUCAR



*Nombre del Alumno: Leonardo López Roque*

*Nombre del tema: Control prenatal y mecanismo de parto*

*Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia*

*Nombre del docente: Dra Aguilar Velasco Arely Alejandra*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Parcial: 3ro*

*Grado y grupo: 6 - B*

*Semestre: 6to*

## INTRODUCCIÓN

El control prenatal es el conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de parte de la embarazada con la respectiva médica, por la cual uno de sus objetivos es vigilar la evolución del embarazo, detectar enfermedades, factores de riesgos, prevenir las complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza. La atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y la calidad misma. Se da desde el inicio desde el primer mes de embarazo y las consultas médicas una vez por mes hasta el parto. El control prenatal es benéfico para la persona embarazada, especialmente en quién tiene factores de riesgo modificables para la enfermedad. Por la cual el control prenatal con lleva a una guía para proteger el producto durante toda la instancia del embarazo, por ejemplo: el uso de vitaminas, esquema de vacunación, medidas e identificación de factores de riesgo obstétricos, tamizaje, comorbilidades y la promoción de la salud para prevenir enfermedades y futura detección oportuna de patologías. 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. El mecanismo de parto y las maniobras de Leopold nos sirve como guía para llevar a cabo el proceso de inicio de parto para tener la certeza. Una vez que se alcanza este umbral de dilatación cervical, según de 4 – 6 horas, el progreso anticipado durante una segunda etapa de 1 a 3 horas se monitorea para garantizar la seguridad del feto. Independientemente depende de la variación y la capacidad que se lleva a cabo en la posición del feto para conceder un parto normal.

MULTIVITAMINICOS

| Tipo de vitamina  | Dosis                                | Pacientes   | Función  |
|-------------------|--------------------------------------|---|--|
| Ácido fólico      | - 400-800 ug/día<br>- 3 meses antes  | - Toda mujer embarazada   | - Ayuda a prevenir defectos del tubo neural        |
| Ácido fólico      | - 5 mg/día                           | - Toda mujer embarazada con factores de riesgo con antecedentes del tubo neural, diabetes tipo I mal controlado, uso de anticonvulsivos, consumo excesivo de alcohol y tabaco | - Ayuda a prevenir defectos del tubo neural        |
| Hierro            | - 30 – 60 mg<br>- Antes de la 20 SGD | - Carnes magras, mariscos y aves  | - Previene y evita la anemia materna               |
| Calcio            | - 1.5 a 2 gramos                     | - Toda mujer embarazada con ingesta <600 mg   | - Previene hipertensión gestacional y preeclampsia |
| Calcio            | - 1 gramo/día                        | - Toda mujer embarazada con ingesta <600 mg   | - Previene y evita la anemia materna               |
| Vitamina A        | - 800 ug/día                         | - Melón, huevo, espinaca, zanahoria y hígado  | - Prevención de ceguera nocturna y anemia materna  |
| Omega 3           | - Se obtiene mediante la dieta       | - Toda mujer embarazada   | - Toda mujer embarazada                            |
| Vitamina C, D y E | - No se recomienda                   | - No se recomienda  | - No se recomienda                                 |

VACUNACIÓN

| Tipo de vacuna              | Factores de riesgo o indicación  | Contraindicaciones   | Tiempo de indicación    |
|-----------------------------|--|--|-------------------------|
| <b>TDPA</b>                 | Indicado para tosferina, difteria y tétanos  |  | Después de la semana 20 |
| <b>Influenza estacional</b> | Hipovolemia, cambios inmunológicos. Fc aumentada, disminución de la capacidad pulmonar | Alergia al huevo, Guillen Barré, hipersensibilidad, y fiebre de >38.5 grados | Anual                   |
| <b>Hepatitis B</b>          | Últimos 6 meses de relaciones sexuales, uso de drogas, HBSA positivo                   | Fiebre y hipersensibilidad   | 6 meses                 |
| <b>Covid - 19</b>           | Reduce el riesgo de enfermedad grave   | Fiebre amarilla, varicela zoster y triple viral                              | Durante la 28 SDG       |

| Puntos importantes                             | Descripción   |
|--|---|
| ¿Qué es 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 objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos y prevenir complicaciones.  |
| Objetivos principales del control prenatal     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: HTA, DB gestacional, VIH, etc</li> <li>- Evaluación de factores de riesgo, detección de complicaciones obstétricas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, etc</li> <li>- Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia y transmisión de HIV</li> <li>- Elaboración de un plan de acción previo al parto</li> </ul>  |
| Frecuencia recomendada de consultas prenatales | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 consultas durante todo el embarazo (máximo 8 consultas)</li> <li>- Visita inicial &lt;14 semanas: historia clínica, factores de riesgo, edad gestacional, esquema de vacunación – USG 11 a 13.6 SDG</li> <li>- Visita 14 – 24 semanas: FCF, altura uterina, movimientos fetales, peso, TA, IMC, USG 18 – 22 SDG</li> <li>- Visita 24 – 28: FCF, altura uterina, movimientos fetales, TA, peso, IMC, aplicación vacuna anti-D (28 SGD) Rh no sensibilizados</li> <li>- 28 – 34 semanas: Revisión de frecuencia, FCF, altura uterina, movimientos fetales, TA, peso, IMC, evaluación de salud fetal</li> <li>- 34 – 41 semanas: Revisión de frecuencia, altura uterina, presentación fetal, movimientos fetales, evaluación de presión, USG y PSS</li> </ul> |
| Principios estudios y controles                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica ordenadas – factores de riesgo, signos obstetricias – regla de Naegele</li> <li>- USG – 28 o hasta la 40 SGD – estimar el intervalo de crecimiento</li> <li>- Ecografía – tercer trimestre</li> <li>- Medición de la TA – primera visita prenatal (evidencia de trastornos hipertensivos)</li> <li>- Examen pélvico – anomalías anatómicas, infecciones urinarias y pelvimetría</li> <li>- Fondo uterino - herramienta para detección del crecimiento fetal</li> <li>- Auscultación de la FCF en cada consulta prenatal</li> <li>- Conteo de los movimientos fetales en un periodo de 2 horas (26 a 32 SDG)</li> <li>- USG (entre 18 y 22 SDG) determinar anomalías estructurales</li> </ul>  |
| Señales de alarma durante el embarazo          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea intensa</li> <li>- Tinnitus</li> <li>- Fosfenos</li> <li>- Náuseas y vómito frecuente</li> <li>- Disminución o ausencia de los movimientos fetales por más de 2 horas – 28 SDG</li> <li>- Palidez marcada y apnea</li> <li>- Edema en cara, manos y pies</li> <li>- Extravasación transvaginal o salida de líquido</li> <li>- Aumento de peso (&gt;2 Kilos por semana)</li> <li>- Fiebre &gt;38 grados</li> <li>- Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de 37 SDG</li> <li>- Dolor abdominal persistente (vientre bajo – intensidad alta)</li> <li>- Crisis convulsivas</li> <li>- Aumento en el número de micción y disuria</li> </ul>  |

Maniobras de Leopoldo

Trabajo de parto

Conjunto de procedimientos que comienzan con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>Situación</b>    |  | Permite identificar que polo del feto se encuentra en el fondo uterino, permite la identificación de la estática fetal y su determinación: cefálico o pelviano.  |
| <b>Posición</b>     |  | Permite conocer la posición fetal de acuerdo a la relación entre el dorso del feto con el lado derecho o izquierdo de la madre. Se comprueba si la dirección: anterior, transversal o posterior (orientación fetal). |
| <b>Presentación</b> |  | Porción del feto que está más avanzada al canal del parto. Cefálica o pélvica.   |
| <b>Encajamiento</b> |  | Determina el grado de descenso ejerciendo presión profunda en dirección del eje de la entrada pélvica. Se clasifica: alta y móvil, insinuada, insinuada encajada, y muy encajada.                                    |

Mecanismo del parto

|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| <b>Encajamiento</b>     |   | Mecanismo mediante el cual el diámetro bioparietal – el mayor diámetro transversal en una presentación occipital – pasa a través de la entrada pélvica.                 |
| <b>Descenso</b>         |  | Primer requisito para el nacimiento. Continuación del paso del feto a través del canal del parto.   |
| <b>Flexión</b>          |  | El mentón se pone en contacto de una forma más cercana con el tórax del feto, y el diámetro suboccipitobregmático más corto que el diámetro occipitofrontal,            |
| <b>Rotación interna</b> |  | Este movimiento hace que el occipucio se aleje de manera gradual del eje transversal,   |
| <b>Extensión</b>        |  | Después de la rotación interna, la cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión.  |
| <b>Rotación externa</b> |  | Después de que la cabeza emerge ésta sufre una restitución. Si el occipucio se dirigió en un inicio hacia la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda. |
| <b>Expulsión</b>        |  | Salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y luego del hombro posterior y el final del polo podálico.   |

**Papel de las contracciones y de la pelvis en el trabajo de parto**

Brindar soporte y protección al útero grávido, y permitir el paso del feto al perineo (descenso del producto) ejemplo; dilatación cervical mediado por fase latente 3 – 5 cm, los músculos de la pelvis se contraen y el suelo pélvico se engruesa. La fase activa alcanza >5 cm con contracciones intrauterinas regulares hasta descender el producto

Fases del trabajo de parto

| Fase del trabajo del parto | Descripción   |
|----------------------------|---|
| <b>Fase latente</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es el momento en el que la madre percibe contracciones regulares, alcanzando una dilatación de 3 a 5 cm.</li> <li>- Fase latente prolongada: 20 horas nulíparas y 14 horas multíparas.</li> <li>- Contracciones regulares no dolorosas cada 3 a 5 minutos</li> </ul>   |
| <b>Fase activa</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de contracciones uterinas representando el umbral para parto activo.</li> <li>- Dilatación cervical entre 3 – &gt;6 cm</li> <li>- Fase activa: nulípara 4.9 horas alcanzando una dilatación de 7 a 8 cm</li> <li>- Multíparas 3.2 horas relativamente rápido</li> </ul>  |
| <b>Alumbramiento</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienza la dilatación cervical completa y finaliza con la salida del feto.</li> <li>- Duración media: 50 minutos nulíparas y 20 minutos para multíparas</li> <li>- Puede ser más prolongada</li> <li>- Pinzamiento tardío: 30 – 60 segundos</li> <li>- Pinzamiento inmediato: rotura uterina, paro cardíaco materno y asfixia neonatal</li> </ul> |

## CONCLUSIÓN

El parto es el proceso que conduce al nacimiento de un niño. Comienza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. La gravidez y el nacimiento son procesos fisiológicos y, por tanto, el parto y la llegada del producto deben considerarse normales para la mayoría de las embarazadas. Al inicio del parto, la posición del feto con respecto al canal del parto es fundamental para la vía del parto: 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 la presentación es la porción del cuerpo que se encuentra en el canal del parto o a su proximidad. La posición relacionada a una porción elegida arbitrariamente de la parte de presentación del dorso fetal, por la cual se usa un método efectivo para diagnosticar la presentación y posición del feto: las maniobras de Leopold, por cual evalúa 4 parámetros: situación, posición, presentación, y encajamiento. El mecanismo del parto con lleva a un conjunto de proceso que concede al nacimiento, tal como el encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y la expulsión. En el control prenatal se lleva acabo el incremento de la oportunidad de inicio temprano de la atención prenatal. Aumentar la detección oportuna de infecciones de vías urinarias, diabetes gestacional y otros trastornos metabólicos. Favorece la detección oportuna de la paciente con diabetes e HTA y tratamiento oportuno de complicaciones asociada al embarazo. Lo anterior mencionado mejorará la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera el bienestar de las personas de las comunidades y brindad mejor manejo en la consulta prenatal.

## Bibliografía

Williams Obstetricia (2022). México: McGraw-Hill

Guía de práctica clínica: control prenatal: 2017

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/o28GER.pdf>