

**Nombre del alumno: Madrid Sánchez
Luis Jaime**

**Nombre del profesor: Arely Alejandra
Aguilar Velazco**

**Nombre del trabajo: cuadros
informativos**

Materia: Ginecología y obstetricia

Grado: Sexto semestre

Grupo: “C”

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa trascendental en la vida de la mujer, en la que se producen cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales importantes. A lo largo de este proceso, el control prenatal se convierte en una herramienta fundamental para garantizar el bienestar tanto de la madre como del feto. A través de consultas periódicas, estudios clínicos y educación sanitaria, el control prenatal permite identificar y prevenir complicaciones, promover estilos de vida saludables y asegurar un adecuado desarrollo fetal. Más allá del seguimiento médico, es también un espacio para brindar contención, orientación y preparación integral para el momento del parto.

Por otro lado, comprender el mecanismo de parto es esencial para valorar cómo el cuerpo se adapta y actúa en el proceso del nacimiento. El mecanismo de parto describe la serie de movimientos y adaptaciones que realiza el feto para atravesar el canal del parto de forma ordenada y segura. Esta secuencia está íntimamente relacionada con la anatomía materna y la posición fetal, y su correcta evolución es clave para un desenlace favorable. Como estudiante, me resulta importante estudiar y reflexionar sobre ambos aspectos, el control prenatal y el mecanismo de parto, ya que representan la base de una atención obstétrica segura, humanizada y basada en el conocimiento.

CONTROL PRENATAL

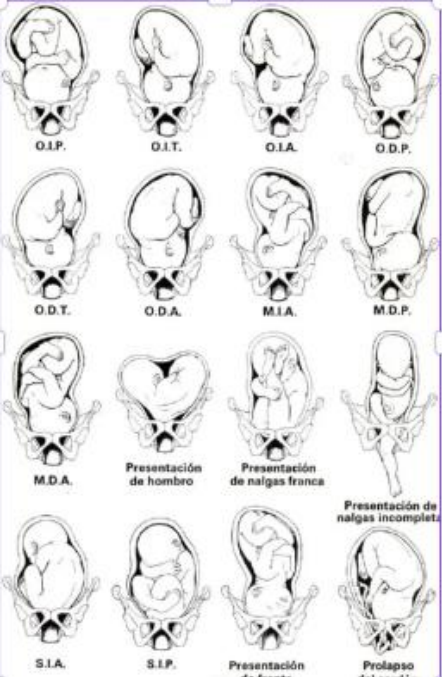
¿Qué es?	Conjunto de actividades médicas y educativas que se realizan durante el embarazo para garantizar la salud de la madre y el feto, y prevenir complicaciones
Objetivos	• Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, 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, ruptura prematura de membranas, 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.
Frecuencia recomendada de consultas prenatales	▪ Visita inicial < 13 semanas: • Historia clínica completa e identificación de riesgos. • Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Verificación de esquema de vacunación • Referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico • Entre la semana 11 a 13.6 ultrasonido para descartar aneuploidía ▪ Segunda visita entre 14-24 semanas: • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Ultrasonido estructural semana 18-22 ▪ Tercera visita entre 25-28 semanas: • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Aplicación de Inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas. ▪ Cuarta visita 29-34 semanas: • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Evaluación de salud fetal (USG obstétrico para evaluación de crecimiento, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos) ▪ Quinta semana 35-40 semanas: • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Presentación fetal • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Evaluación de salud fetal (USG, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos)
Principales estudios y controles	• Primera consulta: BH completa, EGO, glucosa, urocultivo, VDRL, prueba rápida de VIH, grupo y Rh, Papanicolau, USG • Segunda consulta: Determinación de proteinuria por tira reactiva y USG • tercera consulta: Determinación de proteinuria por tira reactiva, BH completa, glucosa o CTG 75gr (de tener el recurso). • Cuarta consulta: Determinación de proteinuria por tira reactiva y USG de acuerdo al criterio medico • Quinta consulta: Determinación de proteinuria por tira reactiva y USG de acuerdo al criterio medico
Importancia de la suplementación	• La suplementación con ácido fólico de 400 microgramos/ día disminuye un 93% el riesgo de defecto del tubo neural • Multivitaminicos en mujeres con bajo peso, fumadoras, uso de sustancias ilícitas, vegetarianas y multigesta • Se sugiere una ingesta de vitamina A como b-carotenos, como prevención de ceguera nocturna y anemia materna
Señales de alarma durante el embarazo	• Fuerte dolor de cabeza • Zumbido en el oído • Visión borrosa con puntos de lucecitas • Náuseas y vómitos frecuentes • Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semanas 28 • Palidez marcada • Hinchazón de pies, manos o cara

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales• Aumento de peso mayor a dos kilos por semana• Fiebre• Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.• Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad• Dificultad para respirar• Aumento en el número de micciones y molestia al orinar• Convulsiones |
|--|--|

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

DEFINICIÓN	proceso fisiológico por el cual el feto y la placenta abandonan el útero, culminando en el nacimiento del bebé. Se caracteriza por contracciones uterinas regulares e intensas que dilatan y adelgazan el cuello uterino, permitiendo que el bebé pase a través del canal de parto.
------------	---

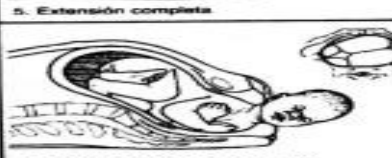
MANIOBRAS DE LEOPOLD

PRIMER MANIOBRA	• DETERMINA LA SITUACIÓN FETAL • ES LA RELACIÓN ENTRE EL EJE LONGITUDINAL DEL FETO, RESPECTO AL EJE DE LA MADRE. • (LONGITUDINAL, TRANSVERSO Y OBLICUO)	 
SEFUNDA MANIOBRA	• DETERMINA LA POSICIÓN FETAL • IDENTIFICACIÓN DEL DORSO FETAL (DERECHO E IZQUIERDO)	 
TERCER MANIOBRA	• DETERMINA LA PRESENTACIÓN FETAL • IDENTIFICA QUE PARTE DEL FETO SE ENCUENTRA MAS CERCANA AL CANAL DE PARTO • CEFALICO 96% • PELVICO 2.75 • TRASNVERSA 0.3%	 
CUARTA MANIOBRA	• DETERMINA EL GRADO DE ENCAJAMIENTO • SE REALIZA MIRANDO LOS PIES DE LA PACIENTE	

MECANISMOS DE PARTO

Fase latente:	Fase activa:	Descenso-expulsión:	Alumbramiento:
---------------	--------------	---------------------	----------------

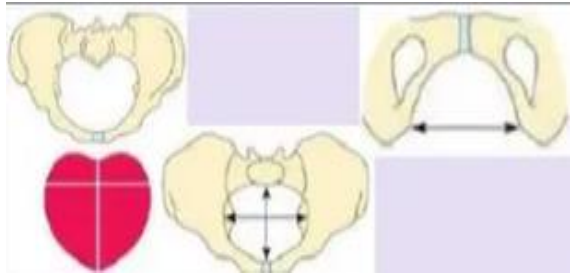
	Inicio de contracciones – 4cm de dilatación	4 cm de dilatación- 10 cm de dilatación (completo)	10 cm de dilatación- nacimiento	Nacimiento- expulsión de la placenta
PRIMIGESTA	Tiempo:18-20 hrs	Tiempo:8-18 hrs Dilatación:1.2 cm/ hr	Tiempo:1- 2 hrs	<30 minutos
MULTIGESTA	Tiempo:12-14 hrs	Tiempo:5-12 hrs Dilatación:1.5 cm/ hr	Tiempo:1 hr	

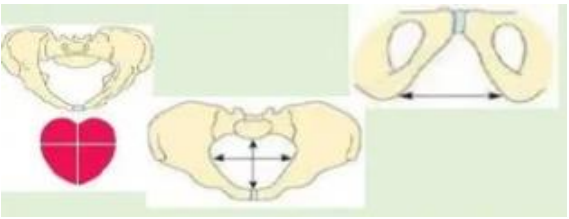
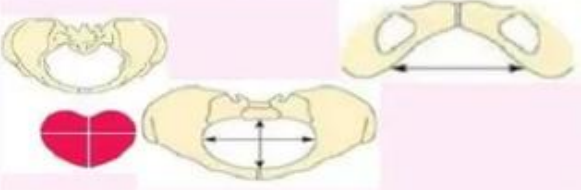
MOVIMIENTOS CARDINALES		
MOVIMIENTO	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
ENCAJAMIENTO	El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, el mayor diámetro transverso de la cabeza fetal en las presentaciones cefálicas de vértice, pasa a través del estrecho superior de la pelvis.	 1. Cabeza flotante, antes del encaje
DESCENSO	En la múltipara el descenso en general comienza con el encaje y en la nulípara puede ocurrir antes del comienzo del trabajo de parto. El descenso es provocado por una de cuatro fuerzas: 1. La presión de líquido amniótico. 2. La presión directa del fondo uterino sobre las nalgas del feto. 3. La contracción de los músculos abdominales maternos. 4. La extensión y el enderezamiento del cuerpo fetal.	 2. Encaje; descenso, flexión
FLEXIÓN	En este movimiento, el mentón es llevado hacia un contacto más íntimo con el tórax fetal y el diámetro occipito frontal más largo es sustituido por el diámetro suboccipito bregmático, que es más pequeño.	 3. Mayor descenso, rotación interna
ROTACIÓN INTERNA	La rotación interna es una rotación de la cabeza, en forma tal que el occipucio se mueve de manera gradual desde su posición original anteriormente hacia la sínfisis del pubis, o, con menos frecuencia posteriormente hacia la concavidad del sacro. Al realizar este movimiento el feto logra 3 objetivos: a) Orientar su diámetro biparietal al interespinoso de la pelvis b) Orientar el macizo facial a la concavidad del sacro c) Orientar su diámetro biacromial al diámetro transverso del estrecho superior	 4. Rotación completa, comienzo de la extensión
EXTENCIÓN	La cabeza sale por medio de una mayor extensión a medida que el occipucio, el bregma, la frente, la nariz, la boca, y por último el mentón pasan sucesivamente sobre el margen anterior del periné. Inmediatamente después de la salida, la cabeza cae hacia abajo, de modo que el mentón se ubica sobre la región anal materna	 5. Extensión completa
ROTACIÓN EXTERNA	un movimiento que corresponde a la rotación del cuerpo fetal, que sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del estrecho medio e inferior de la pelvis. Así, un hombro en posición anterior después de la sínfisis y el otro está en una posición posterior. Este movimiento se debe aparentemente a los mismos factores pelvianos que produjeron la rotación interna de la cabeza.	 6. Reversión (rotación externa)
EXPULSIÓN	Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y en seguida el periné es distendido por el hombro posterior. Después de la salida de los hombros el resto del cuerpo es rápidamente expulsado	 7. Salida del hombro anterior  8. Salida del hombro posterior

CONTRACCIONES

DEFINICIÓN	CAUSAN		FUNCIÓN
Las contracciones son contracciones del músculo uterino que ayudan a empujar al bebé durante el parto. Se perciben como un endurecimiento del abdomen y pueden ser dolorosas, especialmente durante el trabajo de parto activo.	• HIPOXIA DEL MIOMETRIO • COMPRESION DE GANGLIOS NERVIOSOS EN EL CUELLO UTERINO • ESTIRAMIENTO DEL PERITONEO EN EL FONDO UTERINO • ESTIRAMIENTO CERVICAL DURANTE LA DILATACIÓN		Su principal función es expulsar al feto del útero, pero también ayudan a minimizar la hemorragia postparto y a preparar el cuello uterino para el parto
TIPO	INTENSIDAD	FECUENCIA	MANIFESTACIÓN
De Álvarez	Baja	Alta (1 por minuto)	< 28 semanas
Braxton Hicks	Alta	Baja (5-8 por hora)	> 28 semanas
Verdaderas (parto)	Muy alta	3 o 4 cada 10 minutos	Embarazo a término

PELVIS MATERNA

FUNCIÓN	La pelvis es crucial durante el embarazo y el parto, ya que proporciona espacio para el crecimiento fetal y facilita el paso del bebé a través del canal del parto. La forma y el tamaño de la pelvis femenina están diseñados para permitir el parto vaginal con el mínimo trauma para el bebé		
TIPO	CARACTERÍSTICAS	IMAGEN	
GINECOIDE	Pelvis femenina más frecuente (45-50%). ▪ Estrecho superior redondeado u ovalado ▪ El diámetro transversal 12 cm mayor que el anteroposterior 11cm ▪ Las paredes laterales son rectas y paralelas. ▪ Las espinas ciáticas no son prominentes. ▪ El ángulo púbico es de unos 90°. ▪ Es el tipo de pelvis más adecuado para la evolución espontánea del parto vaginal		

ANDROIDE	Tercera en frecuencia (15-20%). ▪ Estrecho superior en corazón de naipe. ▪ Diámetros transverso y anteroposterior adecuados. ▪ Las espinas ciáticas son Prominente ▪ El ángulo púbico es de unos 70°. ▪ Estrecho inferior muy disminuido <10 cm. ▪ Es el tipo de pelvis menos adecuado para la evolución espontánea del parto vaginal conduciendo a un encajamiento en occipitoposterior o a la detención del parto en occipitotransversa.	
ANTROPOIDE	Segunda en frecuencia (25-35%) ▪ pelvis estrecha transversalmente <12 cm ▪ En su estrecho superior el diámetro anteroposterior es >12 cm. ▪ Las escotaduras ciáticas son grandes y el sacro estrecho, resultando una pelvis larga. ▪ Las paredes laterales de la pelvis son paralelas. ▪ Las espinas ciáticas no son prominentes, pero puede existir cierta reducción del diámetro ▪ Interespinoso ▪ Estrecho inferior disminuido 10cm	
PLATIPLOIDE	La menos frecuente (5%) ▪ El ángulo púbico es >90°. ▪ Estrecho superior ovalado en sentido T ▪ Diámetro trasverso 12 cm y anteroposterior 10 cm. ▪ Espicha ciática no prominente ▪ Estrecho inferior aumentado. ▪ Relacionada con la detención del parto en occipitotransversa y con anomalías en la flexión de la cabeza	

CONCLUSIÓN

Desde mi perspectiva, hablar sobre la importancia del control prenatal y del trabajo de parto es reconocer dos momentos fundamentales en el proceso de gestación y nacimiento. El embarazo no solo implica el desarrollo de una nueva vida, sino también una etapa en la que el cuerpo y la mente de la mujer experimentan múltiples transformaciones. Por eso, el control prenatal adquiere un papel esencial: es la herramienta más efectiva para acompañar de forma segura este proceso, anticiparse a posibles complicaciones y garantizar tanto la salud de la madre como la del bebé.

Durante el control prenatal, no solo se evalúa el crecimiento fetal y se detectan riesgos como la preeclampsia, la diabetes gestacional o las infecciones, sino que también se educa a la madre sobre los cuidados necesarios, los signos de alarma y la preparación para el parto. Es un espacio donde se genera confianza con el personal de salud y se fortalecen aspectos emocionales y psicológicos que son igual de importantes que los físicos.

En cuanto al trabajo de parto, me parece crucial entenderlo como un proceso fisiológico, pero también como un momento emocionalmente intenso que requiere preparación, acompañamiento y respeto. Un trabajo de parto bien manejado, con atención oportuna y centrado en la mujer, puede marcar la diferencia en la experiencia del nacimiento y en el inicio de la maternidad. La educación prenatal permite a la madre conocer sus derechos, las etapas del trabajo de parto, técnicas para sobrellevar el dolor, y tomar decisiones informadas que le den seguridad y protagonismo.

En resumen, tanto el control prenatal como el acompañamiento durante el trabajo de parto no solo tienen un impacto directo en la salud materno-fetal, sino que también influyen profundamente en la vivencia emocional del nacimiento. Por eso considero fundamental valorarlos como pilares de una atención obstétrica integral y humanizada.

BIBLIOGRAFIA

por:, E. (s/f). Guías de Protocolos de: "HABILIDADES OBSTETRICAS" . Edu.sv. Recuperado el 30 de mayo de 2025, de

<http://www.medicina.ues.edu.sv/habilidadesydestrezas/documentospdft/Mecanismo%20de%20Parto%20%20MI%20%202017web.pdf>

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 30 de mayo de 2025, de

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>