

ODALIS GUADALUPE GARCIA LOPEZ

**DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR
VELASCO**

GINECOLOGIA

PLATAFORMA

6

PASIÓN POR EDUCAR

A

INTRODUCCIÓN.

La atención obstétrica integral durante el embarazo, el parto y el puerperio representa uno de los pilares fundamentales en la prevención de complicaciones materno-fetales. En este contexto, dos componentes esenciales emergen como ejes estructurales de una atención de calidad: el conocimiento e identificación de los mecanismos del trabajo de parto y la implementación adecuada del control prenatal. Ambos elementos, aunque distintos en su enfoque y momento de aplicación, se relacionan de forma directa en la vigilancia, preparación y conducción del proceso reproductivo.

El trabajo de parto, es un proceso fisiológico complejo que implica una serie de movimientos y adaptaciones tanto del feto como del organismo materno para lograr el nacimiento. Este proceso está organizado en fases sucesivas que, aunque no se detallan aquí de forma específica permiten valorar el progreso y detectar signos de alarma cuando la evolución no sigue los patrones esperados. La identificación y comprensión de los mecanismos del trabajo de parto, también denominados movimientos cardinales, permite a los profesionales de la salud evaluar de manera objetiva la adecuación del parto, la interacción entre el producto y la pelvis materna, y la necesidad de intervenciones médicas oportunas.

Por otro lado, el control prenatal, tal como lo establece la GPC de atención prenatal, es un componente esencial del cuidado obstétrico que tiene como propósito identificar factores de riesgo, prevenir complicaciones y garantizar un embarazo saludable tanto para la madre como para el feto. Su adecuada implementación desde etapas tempranas permite una vigilancia continua y planificada que impacta directamente en la reducción de la morbilidad materno-infantil. Entre los beneficios clínicos del control prenatal se incluyen la detección de trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, infecciones, alteraciones del crecimiento fetal, malformaciones congénitas, así como la preparación física y emocional para el parto. La correlación entre el control prenatal y los mecanismos del trabajo de parto es clara: el seguimiento clínico durante el embarazo proporciona información valiosa para prever cómo se desarrollará el parto. Por ejemplo, la evaluación pélvica, el estudio de la presentación fetal y la vigilancia del crecimiento y bienestar del producto permiten anticipar si el trabajo de parto podrá transcurrir de forma espontánea o si se requerirán intervenciones. Además, una madre que ha recibido orientación adecuada durante el control prenatal está mejor preparada para identificar el inicio del trabajo de parto, comprender sus fases y colaborar activamente durante su progreso, lo cual contribuye a una atención más segura y humanizada.

En suma, la identificación de los mecanismos del trabajo de parto y la implementación del control prenatal no solo son herramientas clínicas esenciales, sino que, en conjunto, constituyen una estrategia integral de atención obstétrica que fortalece la seguridad materno-fetal, mejora los desenlaces perinatales y permite una atención basada en evidencia científica y centrada en la mujer.

Desarrollo.

El trabajo de parto representa una secuencia coordinada de eventos fisiológicos que marcan el inicio del nacimiento. Su adecuada evolución depende de múltiples factores anatómicos y funcionales, siendo indispensable para el profesional de la salud identificar y comprender sus mecanismos y fases. Estos mecanismos también conocidos como movimientos cardinales del parto comprenden una serie de adaptaciones progresivas del feto dentro del canal de parto que permiten su nacimiento. Estos incluyen: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Cada uno de estos movimientos no solo refleja una acción mecánica fetal, sino una respuesta a la anatomía de la pelvis materna, las contracciones uterinas y la resistencia de los tejidos del canal del parto.

Cada fase del trabajo de parto cumple funciones específicas con implicaciones directas en la salud materno-fetal. De forma general, el trabajo de parto se divide en tres fases: la fase de dilatación, la fase expulsiva y la fase de alumbramiento. La fase de dilatación permite el acortamiento y apertura del cuello uterino para facilitar el paso del feto; su evolución clínica se evalúa mediante el progreso de la dilatación cervical y la presentación fetal. La fase expulsiva, por su parte, se centra en el nacimiento del feto a través de la canalización activa de las contracciones uterinas y el esfuerzo materno. Finalmente, la fase de alumbramiento incluye la expulsión de la placenta y debe observarse cuidadosamente por el riesgo de hemorragia posparto. Cada fase requiere monitoreo estrecho, pues alteraciones en su duración o progresión pueden indicar complicaciones como disfunción uterina, desproporción cefalopélvica o sufrimiento fetal.

Desde el punto de vista clínico, la evaluación de estos mecanismos y fases debe correlacionarse continuamente con el bienestar materno y fetal. Por ejemplo, el Williams Obstetricia subraya que una rotación interna inadecuada puede llevar a presentaciones occipitosacras persistentes, dificultando la progresión del parto y aumentando el riesgo de partos instrumentados o cesárea. Asimismo, grados excesivos de asinclitismo pueden asociarse con desproporción cefalopélvica, incluso en pelvis aparentemente normales. Estos hallazgos clínicos evidencian la necesidad de una evaluación obstétrica precisa que integre el análisis de la dinámica uterina, la progresión del parto y la respuesta fetal.

En este sentido, el control prenatal, tal como lo establece la GPC vigente de atención prenatal, desempeña un papel esencial en la preparación para el trabajo de parto. Las consultas prenatales no solo permiten detectar factores de riesgo obstétrico como preeclampsia, diabetes gestacional o crecimiento intrauterino restringido, sino que también ofrecen la oportunidad de anticipar escenarios relacionados con la mecánica del parto. Mediante la evaluación de la edad gestacional, la presentación fetal, la evaluación del segmento uterino inferior y la estimación del peso fetal, es posible prever si el parto podrá ser vaginal o si se requerirá una intervención médica programada.

Además, el control prenatal proporciona un espacio para la educación de la madre en cuanto a los signos de alarma del trabajo de parto, la importancia de las contracciones rítmicas, la rotura de membranas y los cambios cervicales. Se enfatiza que una madre bien informada está en mejor posición para identificar el inicio del trabajo de parto y acudir oportunamente a los servicios de salud, lo que impacta directamente en el pronóstico del binomio materno-fetal.

La correlación clínica entre los mecanismos del trabajo de parto y el control prenatal es fundamental para una atención obstétrica segura y eficiente. Las decisiones médicas durante el trabajo de parto como la conducción activa del parto, el uso de oxitocina, o la indicación de cesárea se basan, en gran parte, en la información recopilada durante el embarazo. Por ejemplo, el conocimiento previo de una presentación podálica, diagnosticada en consultas prenatales, permite planificar una vía del parto segura y evitar emergencias. Asimismo, en casos de pelvis contractura da, detectada por estudios de imagen o tacto bimanual prenatal, puede establecerse un plan de parto con equipo quirúrgico disponible.

Finalmente, el monitoreo durante el trabajo de parto también se ve facilitado por un control prenatal adecuado, que garantiza una paciente con seguimiento clínico, resultados de laboratorio actualizados, pruebas de tamizaje y ultrasonidos que aportan al proceso de toma de decisiones. Como señala la GPC, el control prenatal no es una intervención aislada, sino parte de un modelo continuo de atención perinatal que culmina con el parto y se extiende hacia el puerperio.

CONCLUSIÓN.

El conocimiento profundo de los mecanismos del trabajo de parto y sus fases, junto con la aplicación rigurosa del control prenatal, constituye la base para una atención obstétrica efectiva, segura y con enfoque preventivo. El trabajo de parto es un proceso fisiológico complejo que implica una serie de adaptaciones mecánicas precisas del feto, conocidas como movimientos cardinales: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Estas maniobras permiten que el feto se adapte a la estructura ósea de la pelvis materna, facilitando su nacimiento. Cada fase del trabajo de parto dilatación, expulsiva y alumbramiento tiene importancia clínica específica y requiere monitoreo cuidadoso para detectar alteraciones que puedan comprometer la salud materna o fetal.

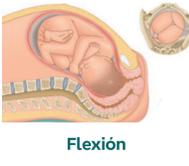
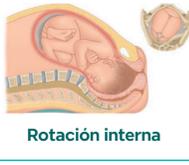
La correlación entre estos procesos y el estado clínico de la madre y del feto es constante. Las alteraciones en cualquiera de las fases o movimientos del parto pueden reflejar problemas como desproporción cefalopélvica, distocia o sufrimiento fetal. Por ello, el profesional de salud debe ser capaz de reconocer oportunamente signos de progreso o estancamiento, y actuar con base en criterios clínicos definidos.

En paralelo, el control prenatal, tal como lo establece la GPC, es una estrategia esencial para anticiparse a las condiciones del parto. A través de él se identifican factores de riesgo obstétrico, se promueve el autocuidado, se prepara a la madre para el proceso del nacimiento, y se planean las medidas necesarias para garantizar la seguridad del binomio materno-fetal. El control prenatal brinda la posibilidad de intervenir antes de que surjan complicaciones, facilitando una atención perinatal integral, coordinada y oportuna.

La identificación precisa de los mecanismos y fases del trabajo de parto, junto con un control prenatal completo y continuo, son elementos clínicamente inseparables. Ambos permiten al equipo de salud tomar decisiones basadas en evidencia, reducir riesgos, y ofrecer una experiencia de parto más segura y humanizada. Esta integración es clave para mejorar los resultados maternos y perinatales, disminuir la morbimortalidad obstétrica, y fortalecer la calidad de la atención médica en todos los niveles del sistema de salud.



Trabajo de Parto

Definición	Proceso fisiológico mediante a través de contracciones uterinas regulares, se produce el borramiento y dilatación del cuello uterino. Permitiendo la progresión del feto a través del canal del parto y culminando con la expulsión del feto y la placenta											
Maniobras de Leopold	 <p>Situación</p>	<p>Relación que existe entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal del útero.</p> <p>Objetivo: Determinar qué parte del feto ocupa el fondo uterino (polo cefálico o podálico).</p> <p>Técnica: Con ambas manos, se palpa el fondo del útero para identificar una estructura redonda, dura y móvil (cabeza) o una masa irregular y blanda (nalgas)</p> <p>Utilidad: Establece la situación fetal (longitudinal, transversa u oblicua) y ayuda a identificar la presentación.</p>										
	 <p>Posición</p>	<p>Relación de una porción elegida arbitrariamente de la parte de presentación fetal hacia el lado derecho o izquierdo del canal de parto.</p> <p>Objetivo: Identificar la ubicación del dorso fetal y las extremidades inferiores.</p> <p>Técnica: Se colocan las manos ambos lados del abdomen materno, aplicando presión suave para localizar una superficie lisa y resistente (dorso) en un lado y partes pequeñas e irregulares (extremidades) en el otro.</p>										
	 <p>Presentación</p>	<p>Porción fetal que desacaansa sobre el canal vaginal.</p> <p>Objetivo: Determinar qué parte del feto se encuentra sobre la pelvis materna y su grado de movilidad.</p> <p>Técnica: Con una mano, se palpa justo por encima de la sínfisis del pubis para identificar una masa redonda y dura (cabeza) o una masa irregular (nalgas).</p>										
	 <p>Encajamiento</p>	<p>Forma en que se encuentra las diversas partes del feto entre sí, durante su permanencia en el útero.</p> <p>Objetivo: Evaluar el grado de encajamiento del feto y la flexión de la cabeza.</p> <p>Técnica: De frente a los pies de la paciente, se aplican las yemas de los dedos en ambos lados del abdomen inferior para determinar la prominencia de la frente o el occipucio.</p> <p>Utilidad: Establece el grado de encajamiento y la actitud fetal (flexión o extensión de la cabeza), información importante para anticipar posibles dificultades en el parto.</p>										
	Fases del Trabajo de Parto	<p>Latente</p>	<p>Es el inicio del trabajo de parto, con contracciones uterinas regulares que causan borramiento cervical y dilatación progresiva hasta alcanzar 3-4 cm.</p> <p>Contracciones: Son irregulares al principio, de intensidad leve a moderada.</p> <p>Tiempo: Cada 5-10 minutos, duración de 30-45 segundos. Menor intensidad en multiparas, pero más eficientes.</p> <p>Duración estimada: Nulíparas: hasta 20 horas Multiparas: hasta 14 horas</p>									
<p>Activa</p>		<p>Inicia cuando la dilatación cervical alcanza aproximadamente >5 cm y progresa de forma rápida hasta 10 cm.</p> <p>Frecuencia: Cada 2-3 minutos, duración 45-60 segundos .</p> <p>Duración estimada: Nulíparas: 8-18 horas. Multiparas: 12 horas.</p>										
<p>Alumbramiento</p>		<p>Inicia tras la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y membranas fetales.</p> <p>Duración: Generalmente entre 5 -10 minutos, máximo de 30-60 minutos. Si excede los 60 minutos, se considera alumbramiento retenido.</p> <p>Contracciones: Ayudan a desprender la placenta y controlar la hemorragia postparto mediante contracción del miometrio.</p>										
Mecanismo del Parto	 <p>Encajamiento</p>	<p>La cabeza fetal (diámetro biparietal) entra en la pelvis.</p> <p>Marca el inicio del mecanismo del parto. La cabeza puede estar "flotante" si no se ha encajado aún.</p> <p>Puede haber asinclitismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Anterior (sutura hacia promontorio sacro) ↳ Posterior (sutura hacia sínfisis púbica). - El asinclitismo excesivo puede causar desproporción cefalopélvica. 										
	 <p>Descenso</p>	<p>Movimiento progresivo de la cabeza fetal a través del canal del parto. Requisito esencial para el nacimiento.</p> <p>Se produce por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Presión del líquido amniótico. 2) Contracciones uterinas desde el fondo. 3) Esfuerzos de músculos abdominales maternos. 4) Extensión y alineación del cuerpo fetal. <p>Puede evaluarse con el plano de Hodge y el "desnivel de estación" fetal .</p>  <p>PLANOS DE HODGE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PLANO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>Entre el promontorio sacro y la sínfisis púbica</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>Entre la sínfisis púbica y el estrecho superior</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>Entre el estrecho superior y el estrecho inferior</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>Entre el estrecho inferior y la vulva</td> </tr> </tbody> </table> <p>LIBRE (estación superior) ENCAMADO (estación inferior)</p>	PLANO	DESCRIPCIÓN	I	Entre el promontorio sacro y la sínfisis púbica	II	Entre la sínfisis púbica y el estrecho superior	III	Entre el estrecho superior y el estrecho inferior	IV	Entre el estrecho inferior y la vulva
	PLANO	DESCRIPCIÓN										
	I	Entre el promontorio sacro y la sínfisis púbica										
	II	Entre la sínfisis púbica y el estrecho superior										
	III	Entre el estrecho superior y el estrecho inferior										
	IV	Entre el estrecho inferior y la vulva										
 <p>Flexión</p>	<p>Inclinación de la cabeza fetal al encontrar resistencia. Se produce por contacto con el cuello uterino, paredes pélvicas o el suelo pélvico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El mentón se acerca al tórax. - Mejora la adaptación de la cabeza fetal al canal del parto. 											
 <p>Rotación interna</p>	<p>Giro del occipucio para alinearse con el diámetro anteroposterior de la pelvis. Movimiento fundamental para el descenso final de la cabeza.</p>											
 <p>Extensión</p>	<p>Movimiento hacia atrás de la cabeza fetal al pasar por la vulva. La cabeza deja de descender en línea recta y empieza a extenderse hacia la abertura vulvar.</p> <p>Interacción entre fuerzas:</p> <p>Posterior: Fuerza del útero. Anterior: Resistencia del suelo pélvico y sínfisis. Nacimiento de la cabeza: Occipucio → bregma → frente → nariz → boca → mentón. El mentón termina sobre el ano materno.</p>											
 <p>Rotación externa</p>	<p>Rotación de la cabeza tras salir, para alinearse con los hombros y el cuerpo fetal.</p> <p>Prepara la salida de los hombros: Uno se ubica detrás de la sínfisis y otro hacia el sacro</p>											
 <p>Expulsión</p>	<p>Salida completa del cuerpo fetal .</p> <p>Inicia con la aparición del hombro anterior bajo la sínfisis del pubis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El perineo se distiende por el paso del hombro posterior. - El resto del cuerpo sale con facilidad. 											
Función de las Contracciones Uterinas	<p>Es esenciales que facilitan el progreso del trabajo de parto. Estas contracciones son rítmicas, involuntarias y dolorosas, y su función principal es provocar cambios en el cuello uterino y facilitar el descenso del feto.</p> <p>Dilatación y borramiento cervical: Las contracciones uterinas provocan el adelgazamiento (borramiento) y la apertura (dilatación) del cuello uterino, permitiendo el paso del feto.</p> <p>Descenso fetal: Contribuyen al movimiento del feto a través del canal del parto, facilitando su progresión hacia el exterior.</p> <p>Fuerza expulsiva: Generan la presión necesaria para la expulsión del feto durante la segunda etapa del trabajo de parto.</p> <p>Reflejo de Ferguson: El estiramiento del cuello uterino estimula la liberación de oxitocina, aumentando la intensidad de las contracciones.</p> <p>Producción de prostaglandinas: Durante el trabajo de parto, se incrementa la síntesis de prostaglandinas en el miometrio y la decidua, lo que potencia la actividad contráctil uterina</p>											
Función de la Pelvis Materna	<p>La pelvis materna actúa como el canal óseo a través del cual el feto debe pasar durante el parto. Su estructura y dimensiones son determinantes en el proceso del trabajo de parto.</p> <p>Evaluación pélvica: Es fundamental valorar las dimensiones y forma de la pelvis para anticipar posibles dificultades en el trabajo de parto.</p> <p>Canal de parto: La pelvis proporciona la vía anatómica por la que el feto desciende y es expulsado.</p> <p>Adaptación fetal: La configuración de la pelvis influye en la posición y presentación del feto, afectando su capacidad para encajarse y descender adecuadamente.</p> <p>Resistencia y soporte: Las estructuras óseas y ligamentosas de la pelvis ofrecen resistencia que, junto con las contracciones uterinas, facilita los movimientos de flexión, rotación y extensión del feto necesarios para su nacimiento.</p>											

Control Prenatal



<p>¿Qué es el control prenatal?</p> 	<p>Son visitas programadas de la embarazada con personal de salud, para vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.</p>		
<p>Objetivos del Control Prenatal</p> 	<p>Vigilancia del embarazo</p>	<p>Monitorear de manera continua el desarrollo y evolución del embarazo, que incluye la evaluación del crecimiento fetal, signos vitales maternos, presencia de síntomas anormales y signos clínicos.</p>	
	<p>Detección de riesgos y complicaciones</p>	<p>Identificar factores de riesgo que puedan poner en peligro la salud de la madre o del feto. Ej. como hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infecciones o malformaciones congénitas.</p>	
	<p>Prevención y tratamiento de enfermedades</p>	<p>Aplicar estrategias preventivas como la suplementación con ácido fólico y hierro, vacunación (Ej. antitetánica, influenza y COVID-19), así como tratamiento oportuno de enfermedades como ITU, sífilis, VIH.</p>	
	<p>Promoción de la salud materna y fetal</p>	<p>Fomentar estilos de vida saludables mediante orientación sobre alimentación balanceada, higiene personal, actividad física adecuada y control de emociones</p>	
	<p>Preparación para el parto y puerperio</p>	<p>Informar a la embarazada sobre las etapas del trabajo de parto, técnicas de relajación, señales de alarma, opciones de parto, cuidados posparto, lactancia materna y cuidados del recién nacido.</p>	
	<p>Garantizar un parto seguro y humanizado</p>	<p>Asegurar que el parto ocurra en una unidad médica con personal capacitado y en condiciones adecuadas. Sin violencia obstétrica.</p>	
	<p>Número de consultas prenatales.</p> 	<p>8 Consultas Prenatales</p> <p>1er consulta: 6-8 SDG 2do consulta: 10-13.6 SDG 3er consulta: 16-18 SDG 4ta consulta: 22 SDG 5ta consulta: 28 SDG 6ta consulta: 32 SDG 7ma consulta: 36 SDG 8va consulta: 38-41 SDG</p>	<p>Mínimo Recomendado: 5 consultas</p>
<p>Principales Estudios y Controles.</p> 	<p>BH: Detectar anemia y otras alteraciones hematológicas.</p>	<p>Primera consulta prenatal: evaluación basal. Segundo trimestre (24-28 semanas): control. - Según indicación clínica, puede repetirse en el tercer trimestre.</p> <p>Hb < 11 g/dL en cualquier momento del embarazo. Anemia leve: Hb 10-10.9 g/dL Anemia moderada: Hb 7-9.9 g/dL Anemia grave: Hb < 7 g/dL.</p>	
	<p>Grupo sanguíneo y Rh: Identificar incompatibilidad materno-fetal y riesgo de isoimmunización.</p>	<p>1ª consulta</p>	
	<p>Curva de tolerancia a la glucosa: Diagnóstico de diabetes gestacional.</p>	<p>Semana 24-28. En mujeres con factores de riesgo se puede realizar antes.</p>	
	<p>EGO: Detectar ITU o proteinuria.</p>	<p>En la primera consulta prenatal. Se recomienda repetir durante el embarazo en casos de riesgo o síntomas sugestivos.</p> <p>Aspectos a valorar: Leucocitos y bacterias: indican infección urinaria. Nitritos +: sugieren bacteriuria significativa. Proteinuria: proteína ≥ 300 mg/24 h o proteinuria en tira reactiva ≥ +1 puede indicar preeclampsia.</p>	
	<p>Prueba de hepatitis B (HBsAg)</p>	<p>1ª consulta</p>	
	<p>Ultrasonido obstétrico: Confirmar edad gestacional, detectar malformaciones y evaluar crecimiento fetal.</p>	<p>4 SDG FC fetal con ultrasonido</p> <p>18-16 SDG para FC fetal con Doppler</p> <p>Tercer trimestre si hay indicación médica</p>	
	<p>Monitoreo de presión arterial: Detectar hipertensión gestacional o preeclampsia.</p>	<p>En todas las consultas prenatales. En embarazos con riesgo o diagnóstico previo, monitoreo domiciliario 2 veces al día, 3-4 veces por semana.</p> <p>Hipertensión gestacional: Presión ≥ 140/90 mmHg después de la semana 20, sin proteinuria. Preeclampsia: Presión ≥ 140/90 mmHg en dos ocasiones con intervalo ≥ 4 h + uno o más de los siguientes criterios: • Proteinuria ≥ 300 mg/24 h • Signos de daño orgánico como trombocitopenia, disfunción hepática, insuficiencia renal, edema pulmonar, o síntomas neurológicos.</p>	
	<p>Medición de peso y talla: Evaluar estado nutricional y ganancia ponderal.</p>	<p>1ª consulta y cada mes</p> <p>IMC: < de 18.5 (Bajo peso). Ganancia de peso: Mayor a 12.5 kg. Mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer. Se recomienda supervisión nutricional estrecha.</p> <p>IMC: 18.5 - 24.9 (Peso normal). Ganancia de peso: Entre 10- 11.5 kg. Asociada con mejores desenlaces perinatales.</p> <p>IMC: 25 - 29.9 (Sobrepeso). Ganancia de peso: Entre 7 y 10 kg. Riesgo aumentado de preeclampsia, macrosomía y cesárea. Se recomienda orientación nutricional para evitar ganancia excesiva.</p> <p>IMC: >30 (Obesidad). Ganancia de peso: Entre 5 y 9 kg. Riesgo alto de complicaciones perinatales. Se recomienda vigilancia estrecha, dieta supervisada y actividad física controlada según condiciones maternas.</p>	
	<p>Suplementación</p> 	<p>Acido fólico</p>	<p>Dosis de 400 mg/día: A todas 1-5 meses</p> <p>Dosis de 5mg/día: Defectos del tubo neural, Uso de anticonvulsivos, tabaquismo activo-pasivo.</p>
		<p>Hierro</p>	<p>30-60 mg: Mujer embarazada apartir de 20 SDG, prevención de anemia materna</p>
<p>Vitamina A</p>		<p>Prevenir anemia materna por déficit de Vitamina A, prevenir ceguera nocturna.</p>	
<p>Vitamina D</p>		<p>60/ UI / d: Mujeres con factores de riesgo de Diabetes gestacional.</p>	
<p>Calcio</p>		<p>1- 1.5 mg/ día - 1 g vía oral: Si hay riesgo de Preeclampsia, Manejo de calambres durante el embarazo.</p>	
<p>Omega 3</p>		<p>500 mg a 1000 mg x día: A partir de las 12 SDG para reducir el riesgo de parto pretérmino y parto prematuro.</p>	
<p>Señales de alarma durante el embarazo</p> 		<p>Sangrado vaginal</p>	<p>Amenaza de aborto, placenta previa, desprendimiento de placenta</p>
<p>Dolor abdominal intenso y persistente</p>	<p>Contracciones prematuras, ruptura uterina, preeclampsia</p>		
<p>Disminución o ausencia de movimientos fetales después de la semana 20</p>	<p>Sufrimiento fetal, muerte fetal</p>		
<p>Dolor de cabeza intenso y persistente. Visión borrosa, fosfenos y destellos</p>	<p>Preeclampsia, hipertensión</p>		
<p>Edema súbito en manos, cara y pies</p>	<p>Preeclampsia o síndrome hipertensivo</p>		
<p>Dolor al orinar o flujo vaginal anormal (olor, color, cantidad)</p>	<p>Infección urinaria o vaginal</p>		
<p>Contracciones antes de la semana 37 (más de 4 en una hora).</p>	<p>Trabajo de parto prematuro</p>		
<p>Convulsiones o pérdida de conciencia</p>	<p>Eclampsia, trastorno neurológico grave</p>		
<p>Hiperémesis gravídica</p>	<p>Desequilibrio electrolítico, deshidratación</p>		

BIBLIOGRAFIA:

1. Libro "Williams. Obstetricia" (25ª edición):

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2019). *Williams. Obstetricia* (25ª ed.). McGraw-Hill Interamericana. ISBN: 9781456267360.

2. Guía de Práctica Clínica de México sobre atención prenatal:

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente*. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>.