



Emmanuel Hernández Domínguez

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadros informativos

Ginecología y Obstetricia

6-B

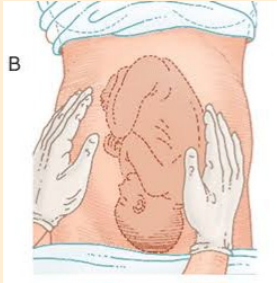
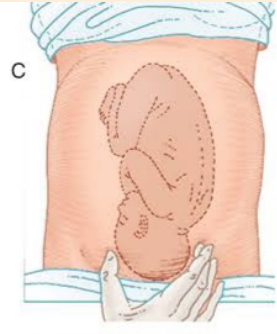
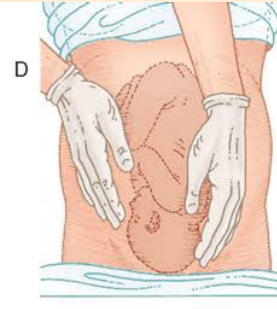
Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico que implica profundos cambios anatómicos, hormonales y emocionales en la mujer, y cuyo adecuado seguimiento resulta esencial para preservar la salud tanto materna como fetal. Dentro de este proceso, el control prenatal constituye una estrategia fundamental de salud pública y atención médica, orientada a la detección oportuna de riesgos, la prevención de complicaciones y la promoción del bienestar integral durante la gestación. Mediante una serie de consultas programadas, estudios clínicos y actividades educativas, el control prenatal permite vigilar la evolución del embarazo, detectar enfermedades como la preeclampsia, infecciones o alteraciones del crecimiento fetal, y preparar adecuadamente a la mujer para el parto y la crianza.

Por otro lado, el trabajo de parto representa la culminación de la gestación y el inicio de la vida extrauterina para el producto. Este proceso dinámico y complejo involucra contracciones uterinas, modificaciones cervicales, y la interacción precisa entre los mecanismos fetales y pélvicos. El reconocimiento de las fases del trabajo de parto, así como de los movimientos cardinales que realiza el feto para atravesar el canal del parto, es indispensable para una atención obstétrica eficiente y segura. Herramientas clínicas como las maniobras de Leopold permiten valorar la presentación, posición y encajamiento fetal, facilitando el manejo adecuado del parto.

CONTROL PRENATAL			
¿Que es?	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.		
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 transmisión de HIV. enfermedades como: tetanos ▪Elaboración de un plan de acción previo al parto.		
Frecuencia recomendada de consultas prenatales	La embarazada de bajo riesgo debe de acudir como mínimo a 5 consultas ▪ 1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas ▪ 2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas ▪ 3ª consulta: entre 16 - 18 semanas ▪ 4ª consulta: 22 semanas ▪ 5ª consulta: 28 semanas ▪ 6ª consulta: 32 semanas ▪ 7ª consulta: 36 semanas ▪ 8ª consulta: entre 38 - 41 semanas.		
Principales estudios y controles	Vacunas	▪ Desde la primera consulta prenatal investigar sobre la aplicación de vacunas para rubeola, varicela, hepatitis B, influenza, tétanos y tosferina. ▪ Puede recibir la vacuna Tdp a, sin tomar en consideración el tiempo transcurrido desde que recibió Td. Preferentemente después de las 20 SDG ▪ La persona embarazada debe recibir la vacuna de influenza trivalente inactivada intramuscular o intradérmica antes de la temporada de influenza siempre y cuando este disponible.	
	Estudios y controles	En la primer consulta: ▪ Grupo sanguíneo y Rh ▪ Coombs indirecto (búsqueda de anticuerpos) en pacientes con riesgo de sensibilización. ▪ En la persona embarazada Rh negativo no sensibilizada, debe ofrecerse profilaxis con inmunoglobulina anti D ▪ Escala de Edimburgo como tamizaje de la depresión en la persona embarazada y en el periodo postparto ▪ Salud oral y atención odontológica. Antes de la semana 14	
	Tamizaje de patologías	▪ En la primera consulta de atención prenatal los laboratorios que se deben solicitar son: BH completa, grupo sanguíneo y Rh, glucosa, creatinina, ácido úrico y EGO; indicar urocultivo. V.D.R.L., prueba rapida voluntaria (VIH) y serología para virus de Hepatitis A, B y C ▪ Glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal ó antes de las 13 semanas a toda persona embarazada ▪ Glucosa de ayuno a las 24 a 28 SDG, en caso de resultado ≥92mg/dl realizar búsqueda de DMG ▪ Se debe realizar el tamiz o CTGO entre la semana 24 y 28 de gestación ▪ Cifras de presión arterial durante el primer trimestre: Sistólica: 115 a 120mmHg, Diastólicas: 65 a 80 mmHg ▪ Uso de Doppler de las arterias uterinas en el primer trimestre del embarazo tiene una tasa de detección para PE precoz ▪ Prueba de orina en caso de preeclampsia ▪ Ultrasonido obstétrico anatómico: semanas 18-22 ▪ Evaluación en cada consulta: peso materno, presión arterial, altura uterina, movimientos fetales, proteinuria y signos vitales ▪ Se recomienda para la medición de la longitud cervical en mujeres con embarazo y factores de riesgo para PP ▪ Realizar tamizaje para bacteriuria asintomática con EGO entre las 12 y las 16 SDG. ▪ El EGO se realizará en seguimiento a las 18-20 semanas y entre la 32-34 SDG.	
Importancia de la suplementacion	Ácido fólico	Ayuda a prevenir defectos de tubo neural	400-800 µg/día desde 3 meses antes del embarazo o lo más temprano posible, hasta el primer trimestre.
			5 mg en caso de factores de riesgo
	Hierro	30-60 mg/día desde la semana 20 para prevenir anemia.	
	Calcio	1 g/día en mujeres con baja ingesta dietética para prevenir preeclampsia.	
	Omega 3	Toda mujer embarazada debe consumir 2 porciones de mariscos a la semana, disminuye riesgo de parto pretermino	
	Multivitaminicos	En casos seleccionados (bajo peso, gestación múltiple, vegetarianismo, etc.).	
Señales de alarma durante el embazo	▪ 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 ▪ 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		

Trabajo de Parto				
Definición	Proceso por el cual ocurre el nacimiento o parto, que inicia con contracciones uterinas regulares que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino			
Maniobras de Leopold	1ra. Maniobra (Situación)	Identifica fondo uterino		
	2da. Maniobra (Posición)	Determina orientación del feto respecto a la espalda del producto		
	3ra. Maniobra (Presentación)	Confirma presentación fetal		
	4ta. Maniobra (Encajamiento)	Valora encajamiento		
Fases	Primer periodo o de dilatación	Latente	Desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta 4cm de dilatación del cuello uterino	Nuliparas: 18-20 hrs
		Activa	Desde 4cm o más hasta la dilatación completa del cuello uterino (10cm)	Multiparas: 12-14 hrs
	Segundo periodo o expulsión	Desde la dilatación completa del cuello uterino hasta la expulsión del producto	Nuliparas: Menos de 3 horas (sin analgesia)	
			Multiparas: Menos de 2 horas (+1 con analgesia)	
	Tercer periodo o alumbramiento	Desde la expulsión del producto hasta la salida de la placenta y membranas fetales	Menos de 30 minutos	
			Maniobras	Dublin Brandt Andrews
Mecanismos	Encajamiento	La cabeza fetal entra en la pelvis materna y se posiciona en el estrecho superior de la pelvis		
	Descenso	Movimiento progresivo de la cabeza fetal a través del canal del parto		
	Flexión	La cabeza fetal se flexiona, de modo que el mentón se acerca al pecho, presentando el diámetro más pequeño del cráneo.		
	Rotación interna	La cabeza gira sobre su eje para alinear el occipucio con la parte anterior de la pelvis materna		
	Extensión	Una vez que la cabeza pasa por debajo sínfisis del pubis, se extiende para emerger del canal vaginal		
	Rotación externa	Después de la salida de la cabeza, gira nuevamente para alinearse con los hombros, que están girando dentro de la pelvis.		
	Expulsión	Salida de los hombro posterior y el resto del cuerpo fetal.		
Papel de las contracciones y de la pelvis	Contracciones uterinas	Las contracciones uterinas son el motor principal del trabajo de parto. Su propósito es generar presión intrauterina suficiente para dilatar el cuello uterino, promover el descenso fetal y facilitar la expulsión del feto y la placenta.		
	Pelvis	La pelvis ósea constituye el canal de parto y determina en gran medida la mecánica del trabajo de parto, especialmente en relación con la presentación y progresión fetal.		

CONCLUSIÓN

El abordaje clínico del embarazo y el parto demanda una preparación profesional y un conocimiento profundo de los procesos fisiológicos que los conforman. El control prenatal constituye una herramienta importante para garantizar una atención preventiva, personalizada y oportuna, contribuyendo significativamente a la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. A través de la evaluación sistemática de parámetros clínicos, estudios de laboratorio y ecografía, es posible identificar factores de riesgo y tomar decisiones informadas que protejan tanto a la madre como al feto.

Del mismo modo, el trabajo de parto debe ser comprendido como un evento fisiológico regulado por complejos mecanismos anatómicos y hormonales, donde la acción coordinada del útero, el canal del parto y el feto permite la culminación del embarazo con el nacimiento. El reconocimiento adecuado de cada fase del trabajo de parto, la evaluación del progreso fetal mediante maniobras clínicas y la interpretación precisa de los signos clínicos son habilidades esenciales para todo profesional de la salud que participa en la atención obstétrica.

En conclusión, el conocimiento sobre el control prenatal y el trabajo de parto no solo mejora la capacidad diagnóstica y terapéutica del personal médico, sino que también fortalece la relación médico-paciente, promueve la salud materno-perinatal y contribuye a lograr partos seguros.

BIBLIOGRAFIA

- Secretaría de Salud. (2019). Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención médica. México: CENETEC. Recuperado de: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-253-19/ER.pdf>
- Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Bradshaw, K. D., Halvorson, L. M., Cunningham, F. G., & Williams, J. W. (2019). Williams Obstetricia (25.^a ed.). McGraw-Hill Education.