

Diego Caballero Bonifaz

DR: Arely Alejandra Velazco Aguilar

Cuadro informativo

Ginecología y obstetricia

6

B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de Mayo de 2025.

Introducción

El control prenatal es un componente esencial en la atención médica durante el embarazo, cuyo objetivo principal es vigilar el estado de salud de la madre y el feto, prevenir complicaciones, y detectar de manera oportuna factores de riesgo que puedan afectar el curso del embarazo o el parto. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (GPC) vigente del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), el control prenatal debe iniciarse idealmente antes de la semana 12 de gestación y mantenerse con una frecuencia mínima de cinco consultas para embarazos de bajo riesgo: una en el primer trimestre, una en el segundo, y al menos tres en el tercero.

Durante estas consultas, se recomienda la realización de estudios básicos como la biometría hemática, examen general de orina, determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, pruebas serológicas para sífilis (VDRL o RPR), VIH, glucosa en ayuno, y tamiz para hepatitis B, entre otros. Además, se debe realizar al menos un ultrasonido obstétrico en el segundo trimestre (idealmente entre las semanas 18 y 22) para evaluar la anatomía fetal y la edad gestacional. La función integral del control prenatal también incluye educación sobre signos de alarma, nutrición, lactancia, planificación del parto y promoción del apego temprano, garantizando así una atención centrada en la mujer y basada en la evidencia.

La GPC establece que estas consultas deben distribuirse de la siguiente manera: una en el primer trimestre, una en el segundo y al menos tres en el tercero. No obstante, en embarazos con factores de riesgo o condiciones preexistentes, se recomienda una vigilancia más estrecha y personalizada.

Durante el control prenatal se deben realizar estudios clínicos y de laboratorio fundamentales que incluyen: biometría hemática completa, grupo sanguíneo y factor Rh, examen general de orina, pruebas serológicas para sífilis (VDRL), VIH y hepatitis B, glucosa en ayuno, y detección de bacteriuria asintomática. También se recomienda realizar al menos un ultrasonido obstétrico entre las semanas 18 y 22 para evaluar la anatomía fetal. Además, se debe brindar orientación sobre signos de alarma, suplementación con ácido fólico y hierro, vacunación (tétanos-difteria, influenza y COVID-19 si aplica), así como apoyo emocional y preparación para el parto y la lactancia.

El cumplimiento adecuado del control prenatal permite disminuir significativamente la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, al garantizar un entorno seguro y vigilado para el desarrollo del embarazo.

<p>¿Qué es el control prenatal</p>	<p>Es un conjunto de acciones médicas, educativas y preventivas que se ofrecen a la mujer embarazada durante el embarazo para vigilar su evolución, prevenir complicaciones, detectar factores de riesgo y preparar a la madre para el parto, puerperio y crianza. Se basa en un modelo de atención centrado en la paciente y su familia.</p>
<p>Objetivos principales del control prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar y tratar oportunamente enfermedades como hipertensión gestacional, diabetes, infecciones de vías urinarias, VIH, sífilis. - Evaluar factores de riesgo obstétricos (ruptura prematura de membranas, sangrado, presentación anormal). - Prevenir enfermedades como tétanos neonatal, anemia y transmisión vertical de VIH. - Elaborar un plan de parto individualizado. - Proveer educación para la salud y promoción del autocuidado.
<p>Frecuencia recomendada de consultas prenatales</p>	<p>La embarazada de bajo riesgo debe acudir como mínimo a 5 consultas</p> <p>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.</p>
<p>Principales estudios y controles (ecografías, análisis, peso, presión arterial, etc.)</p>	<p style="text-align: center;">VACUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable 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 la semana 20 de gestación. • 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. <p style="text-align: center;">Estudios y controles</p> <p>En la primer consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo sanguíneo <ul style="list-style-type: none"> • Rh • Coombs indirecto (búsqueda de anticuerpos) en pacientes con riesgo de sensibilización. <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Es recomendable la prescripción diaria de enjuague bucal a base de clorhexidina 0,12% para limitar el progreso de enfermedades bucales

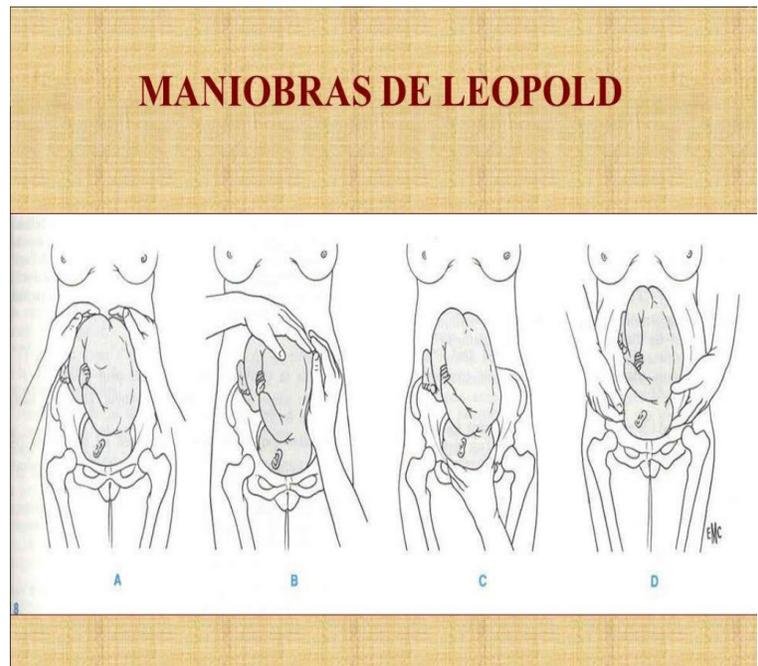
<p>Principales estudios y controles (ecografías, análisis, peso, presión arterial, etc.)</p>	<p style="text-align: center;">Tamizaje de patologías</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la primera consulta de atención prenatal los laboratorios que se deben solicitar son: BH completa, grupo sanguíneo y Rh, glucosa, creatinina, ácido úrico y exámen general de orina; 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 semanas de gestación, 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 • El 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 Examen General de Orina (EGO) entre las 12 y las 16 semanas de la gestación. • El exámen general de orina se realizará en seguimiento a las 18 - 20 semanas y entre la 32 – 34 semanas de gestación.
<p>importancia de la suplementación (ácido fólico, hierro, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ácido fólico: 400 μg/día desde antes del embarazo o lo más temprano posible, hasta el primer trimestre. Dosis de 5 mg en casos de riesgo (ej. antecedente de defecto del tubo neural). - 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. - Multivitamínicos: en casos seleccionados (bajo peso, gestación múltiple, vegetarianismo, etc.).
<p>Señales de alarma durante el embarazo</p>	<p>Fuerte dolor de cabeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zumbido en el oído • Visión borrosa con puntos de lucecitas • Náuseas y vómitos frecuente • Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semana 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: es el proceso que conduce al nacimiento del niño hasta el comienzo, con el inicio de contracciones uterinas regulares y termino con el alumbramiento del recién nacido u expulsión de la placenta.

Maniobra Leopold	Descripción	Función principal
Primera Maniobra (Maniobra del fondo uterino)	Se examina el fondo uterino el polo podálico y céfálico	identificar la parte fetal que ocupa el fondo uterino, determinando si es la cabeza o la pelvis (situación fetal).
Segunda Maniobra (Maniobra de los lados)	Se palpa cada lado del abdomen para identificar el dorso y las extremidades del feto.	Determinar la posición fetal (ubicación del dorso) y la orientación del feto.
Tercera Maniobra (Maniobra de presentación)	Se realiza una pinza suave sobre el segmento inferior del útero, justo por encima de la sínfisis del pubis.	Identificar la parte fetal que presenta en la pelvis (presentación: céfálica, podálica). También se valora si está fija o móvil.
Cuarta Maniobra (Maniobra de descenso o encajamiento)	Con ambas manos en el abdomen bajo, se aplican presiones dirigidas hacia la pelvis.	Determinar el grado de encajamiento de la presentación fetal en la pelvis materna. También ayuda a confirmar la presentación

MANIOBRAS DE LEOPOLD



Cuadro comparativo de fases del parto

Fase/etapa	Inicio	Fin	Características clínicas	Duración aproximada
Primera etapa (Dilatación)	Inicio de contracciones uterinas regulares	Dilatación cervical completa (10 cm)	Se divide en dos fases: <ul style="list-style-type: none"> • Fase latente: dilatación lenta (0–4/6 cm) • Fase activa: dilatación rápida (>4/6–10 cm) con contracciones más intensas y regulares 	Latente Nulíparas: 18–20 h • Multíparas: 12–14 h Activa <ul style="list-style-type: none"> • Nulíparas 8-18 h • Multípara 5-12
Segunda etapa (Expulsión fetal)	Dilatación completa (10 cm)	Nacimiento del feto	Inicia el pujo materno activo. Descenso y rotación de la presentación. Finaliza con la salida del recién nacido.	Nulíparas: <3 h (sin analgesia) • Multíparas: <2 h (+1 h si hay analgesia)
Tercera etapa (Alumbramiento)	Nacimiento del feto	Expulsión de la placenta	Contracciones uterinas intensas provocan desprendimiento y salida de la placenta y membranas.	<30 minutos
(Cuarta etapa) (No siempre considerada una fase oficial)	Expulsión de la placenta	1–2 horas posparto	Observación materna inmediata: <ul style="list-style-type: none"> • Contracción uterina • Hemorragias • Estabilidad hemodinámica 	1–2 horas

Cuadro comparativo Mecanismos del Trabajo de Parto:

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 (normalmente hacia el pubis)

Extensión:	Una vez que la cabeza pasa por debajo sínfisis del pubis, se extiende para emerger del canal vaginal
Rotación externa (restitución):	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 hombros y el resto del cuerpo fetal.
Papel de las contracciones y de la pelvis en el trabajo de parto	<p>canal del parto: La pelvis ósea forma el canal óseo por donde debe pasar el feto. Su forma y dimensiones son determinantes para un parto vaginal.</p> <p>-Adaptación fetal: La pelvis influye en los mecanismos de parto, ya que el feto debe adaptarse a sus diámetros (estrecho superior, medio e inferior) mediante movimientos específicos (flexión, rotación, etc.).</p> <p>Variedad de tipos pélvicos: Existen cuatro tipos principales de pelvis (ginecoide, androide, antropoide, platipeloide). La ginecoide es la más favorable para el parto vaginal.</p>

Conclusión

El trabajo de parto es un proceso fisiológico complejo que culmina con el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. Su éxito depende de la interacción coordinada entre las contracciones uterinas, la anatomía pélvica materna y la adecuada posición y presentación fetal.

En este contexto, las maniobras de Leopold juegan un papel esencial durante la atención prenatal y el inicio del parto, ya que permiten al personal de salud identificar la posición, presentación y situación del feto en el útero, facilitando así una planificación adecuada del parto y la detección de posibles complicaciones.

Por otro lado, los mecanismos de parto representan los movimientos secuenciales que realiza el feto para adaptarse al canal del parto. Estos incluyen el encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión, todos ellos influenciados por la forma de la pelvis y la fuerza de las contracciones uterinas.

En conjunto, comprender cada uno de estos elementos permite mejorar la atención obstétrica, reducir riesgos y favorecer un parto seguro tanto para la madre como para el recién nacido.

Referencias

cunningham. (s.f.). williams ginecologia obstetricia. En f. cunningham. mc-graw hill.

IMSS. (2016). control prenaal con atencion centrada en la paciente . 8-78.