



Diego Alejandro Flores Ruiz

Cuadros informativos

Arely Alejandra Aguilar Velazco

Ginecología

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto B

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de mayo del 2025

CONTROL PRENATAL

Introducción:

El embarazo es una etapa crucial en la vida de toda mujer, en la que el cuerpo experimenta una serie de transformaciones fisiológicas, hormonales y emocionales destinadas a albergar y nutrir una nueva vida. En este contexto, el control prenatal se convierte en una herramienta fundamental para asegurar el bienestar tanto de la madre como del bebé en desarrollo. Este proceso consiste en una serie de visitas programadas al personal de salud, donde se evalúa el progreso del embarazo, se identifican posibles factores de riesgo y se brindan intervenciones oportunas para prevenir complicaciones.

El control prenatal no solo implica la realización de estudios médicos como ecografías, análisis de sangre y monitoreo del crecimiento fetal, sino también la promoción de hábitos saludables, el acompañamiento emocional y la educación para el parto y la crianza. Desde la primera consulta, que idealmente debe realizarse durante el primer trimestre, hasta las visitas finales próximas al parto, cada encuentro proporciona información valiosa que puede marcar la diferencia en el desenlace del embarazo.

Cuadro Comparativo: Control Prenatal

Categoría	Características
¿Qué es el control prenatal?	Seguimiento médico regular durante el embarazo para cuidar la salud de la madre y del bebé.
Objetivos principales	- Prevenir y detectar riesgos - Vigilar el desarrollo fetal - Educar a la madre - Preparar para el parto
Frecuencia de consultas	- Hasta la semana 28: cada 4 semanas - Semana 28 a 36: cada 2 semanas - Desde la semana 36: semanalmente

	-La OMS recomienda al menos 8 consultas prenatales durante el embarazo para reducir el riesgo de mortalidad materna y perinatal.y mínimo 5 consultas
Estudios y controles principales	- Ecografías (al menos 3) 1. Ecografía obstétrica precoz (6–12 semanas): • Confirma edad gestacional, viabilidad fetal, número de embriones. 2. Ecografía del segundo trimestre (morfológica, 18–22 semanas): • Evalúa anatomía fetal, placenta, líquido amniótico. 3. Ecografía del tercer trimestre (32–36 semanas): • Evalúa crecimiento fetal, posición, líquido, madurez placentaria. - Análisis de sangre y orina: (ideal antes de la semana 12): • Hemograma completo • Grupo sanguíneo y factor Rh • Serología para sífilis (VDRL o RPR) • Serología para VIH • Hepatitis B (HBsAg) • Glucemia en ayunas • Urocultivo y sedimento urinario • Toxoplasmosis IgG e IgM • Rubeola IgG e IgM • Papanicolaou (si no se ha hecho en el último año) - Peso y presión arterial - Frecuencia cardíaca fetal -Tamiz que se realiza a las 16 semanas de gestación 1. Tamizaje cuádruple o triple marcador sérico (screening bioquímico del segundo trimestre) Objetivo: Estimar el riesgo de anomalías cromosómicas (como Síndrome de Down) y defectos del tubo neural (espina bífida). ¿Qué evalúa? • Alfa-fetoproteína (AFP)

	• Estriol no conjugado (uE3) • Gonadotropina coriónica humana (hCG total o fracción beta) • Inhibina A (solo en el tamizaje cuádruple) Ⓢ Cuándo se realiza: Entre la semana 15 y 20, idealmente entre la 16 y 18 semanas.
Suplementación necesaria	1. Ácido fólico (vitamina B9) • Dosis recomendada: • 400–800 mcg/día, idealmente desde 1 mes antes del embarazo hasta las 12 semanas de gestación. • En mujeres con alto riesgo (antecedentes de defectos del tubo neural): hasta 4–5 mg/día. • Función: • Interviene en la síntesis del ADN y división celular. • Previene: • Defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia) • Aborto espontáneo temprano 2. Hierro (sulfato ferroso u otro compuesto) • Dosis recomendada: • 30–60 mg de hierro elemental/día, a partir del segundo trimestre (a veces desde el primero si hay riesgo de anemia). • Función: • Formación de glóbulos rojos y transporte de oxígeno. • Previene: • Anemia materna • Parto prematuro • Bajo peso al nacer 3. Calcio • Dosis recomendada: • 1,000–1,200 mg/día en mujeres con baja ingesta dietética. • Puede darse como 500 mg dos veces al día. • Función:

	• Formación de huesos del bebé y regulación muscular materna. • Previene: • Preeclampsia (especialmente en mujeres con riesgo elevado) • Desmineralización ósea materna 4. Yodo • Dosis recomendada: • 150–250 mcg/día • Función: • Desarrollo cerebral y neurológico del feto, producción hormonal tiroidea. • Previene: • Retraso mental • Hipotiroidismo fetal • Bocio neonatal 5. Vitamina D • Dosis recomendada: • 600–800 UI/día, y hasta 1,000–2,000 UI/día si hay deficiencia o riesgo. • Función: • Absorción de calcio y desarrollo óseo fetal. • Previene: • Raquitismo neonatal • Osteomalacia materna • Preeclampsia 6. Omega 3 (DHA) 200–300 mg/día Desarrollo cerebral y visual del feto
Señales de alarma	- Sangrado vaginal - Dolor abdominal intenso - Fiebre alta - Visión borrosa - Disminución de movimientos fetales - Hinchazón facial o en manos - Pérdida de líquido

Esquema de vacunación	• Tdap (Triple bacteriana acelular)(Tétanos, difteria y tos ferina) Una dosis entre semana 27 y 36, ideal en cada embarazo Estimula anticuerpos maternos y paso al feto Tos ferina en el recién nacidoTétanos y difteria • Influenza (gripe) Cualquier trimestre, ideal en temporada de circulación Inmuniza a la madre y protege al recién nacido vía anticuerpos Influenza grave en embarazadas y neonatos • COVID-19 (según esquema y vacunas disponibles) Cualquier trimestre, preferente después de semana 12 Disminuye riesgo de enfermedad grave en embarazada COVID-19 grave y complicaciones respiratorias • Hepatitis B Si no está vacunada: 3 dosis (0, 1 y 6 meses), iniciar en cualquier trimestre Protege de transmisión materno-fetal Hepatitis B crónica en el recién nacido ✓ Si no hay riesgo a exposición aplicar • Rabia Exposición por mordedura de animal Administrar según protocolo • Meningococo, neumococo En mujeres con comorbilidades o inmunosupresión Bajo recomendación médica
Psicológico	¿Por qué es importante? • El embarazo implica cambios físicos, hormonales, emocionales y sociales. • Muchas mujeres experimentan miedos, inseguridades, ansiedad y/o depresión. • Las alteraciones emocionales pueden afectar: ○ El vínculo materno-fetal ○ El trabajo de parto

	○ La salud mental postparto Test y evaluaciones psicológicas en el control prenatal 1. Tamizaje de depresión perinatal (prenatal y postnatal) Test: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) • Cuándo se aplica: En el segundo o tercer trimestre y en el puerperio. • Contenido: 10 preguntas autoaplicadas sobre estado de ánimo en los últimos 7 días. • Puntaje $\geq 10-13$: Puede indicar depresión; requiere evaluación psicológica o psiquiátrica. 2. Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) • Evalúa síntomas de ansiedad generalizada. • Se usa como tamizaje rápido en pacientes con signos de ansiedad. 3. Cuestionario de apoyo social (MOS o DUKE-UNC) • Evalúa la percepción de apoyo emocional, instrumental y social de la gestante. • Es útil para identificar embarazadas con riesgo psicosocial alto. 4. Entrevista clínica o consejería breve • Realizada por obstetra, psicólogo o enfermera capacitada. • Permite: • Explorar situaciones de violencia o abuso. • Detectar dificultades de pareja, familiares o económicas. • Evaluar historia previa de trastornos mentales.
--	---

Conclusión:

El control prenatal representa mucho más que una rutina médica: es un acto de responsabilidad, prevención y cuidado integral hacia la madre y su hijo por nacer. Su implementación sistemática y temprana se traduce en una reducción significativa de los

riesgos obstétricos y neonatales, así como en una mejora de los resultados perinatales y en la calidad de vida de las familias. Es, por tanto, una piedra angular de la salud pública y un derecho fundamental de toda mujer embarazada.

Como se evidencia en el cuadro comparativo presentado, el control prenatal abarca múltiples dimensiones: médicas, educativas, emocionales y sociales. Su enfoque multidisciplinario y su carácter continuo permite una vigilancia detallada del embarazo y una preparación adecuada para el parto y la maternidad. Asimismo, la detección de señales de alarma y la educación en salud brindan herramientas esenciales para que la mujer pueda reconocer a tiempo situaciones de urgencia y buscar atención inmediata.

En conclusión, promover el acceso universal y oportuno al control prenatal es una prioridad que debe ser asumida por los sistemas de salud, los profesionales y la sociedad en su conjunto. Solo así se garantizará que cada embarazo se viva con seguridad, dignidad y confianza, y que cada niño y niña tenga un inicio de vida saludable y lleno de oportunidades.

TRABAJO DE PARTO

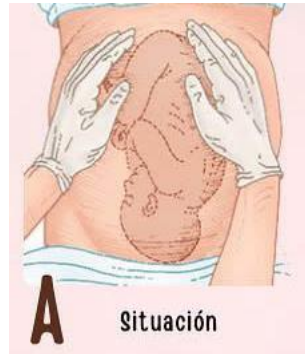
Introducción

El trabajo de parto representa una de las etapas más importantes y trascendentales en el proceso reproductivo humano. Es el momento en el que el cuerpo de la mujer culmina una serie de cambios fisiológicos y hormonales iniciados desde la concepción, permitiendo la salida del feto, la placenta y las membranas a través del canal del parto. Este fenómeno complejo involucra no solo aspectos físicos, sino también emocionales y psicológicos, y requiere una interacción precisa entre el útero, el cuello uterino, la pelvis, las hormonas y el feto. Desde el punto de vista médico, el trabajo de parto se caracteriza por contracciones uterinas regulares que producen cambios progresivos en el cuello uterino —como el borramiento y la dilatación— y que, finalmente, conducen al nacimiento del bebé. Se divide generalmente en varias fases: la fase latente, la activa y la fase de alumbramiento. Cada una tiene una duración y características específicas que permiten la evolución ordenada del proceso. Además de las contracciones, existen mecanismos biomecánicos fundamentales como el encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión, que reflejan el movimiento del feto a través del canal de parto. Estos mecanismos, combinados con la anatomía y movilidad de la pelvis materna, hacen posible un nacimiento por vía vaginal exitoso.

Cuadró Informativo: Mecanismos del Trabajo de Parto

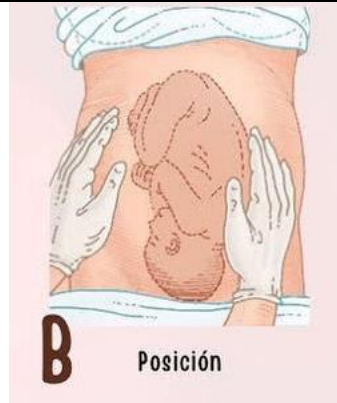
Categoría	Descripción
Qué es el trabajo de parto?	Es el conjunto de procesos fisiológicos mediante los cuales el cuerpo de la mujer permite la salida del feto, la placenta y las membranas por vía vaginal. Se inicia con contracciones uterinas regulares que causan cambios en el cuello uterino (borramiento y dilatación).
Maniobras de Leopold	son una serie de cuatro técnicas de palpación abdominal utilizadas durante el control prenatal para evaluar la posición, presentación y situación del feto en el útero. Son seguras, no invasivas y muy útiles en el tercer trimestre, especialmente a partir de la semana 28 de gestación. ¿Para qué sirven las maniobras de Leopold? • Determinar situación fetal (longitudinal, transversa u oblicua) • Identificar la presentación fetal (cefálica, podálica) • Localizar el dorso fetal (para colocar el doppler o estetoscopio) • Valorar el grado de encajamiento del feto en la pelvis 1ª maniobra: palpación del fondo uterino • Objetivo: Identificar qué parte del feto está en el fondo del útero. • Técnica: Palpa con ambas manos la parte superior del abdomen (fondo uterino). • Interpretación: ○ Parte redonda y dura → cabeza

- Parte blanda y móvil → glúteos (nalgas)



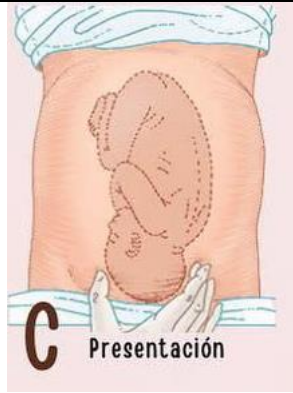
2ª maniobra: ubicación del dorso fetal

- Objetivo: Determinar la posición del dorso fetal y extremidades.
- Técnica: Coloca ambas manos en los lados del abdomen materno.
- Interpretación:
 - Dorso: superficie firme, lisa y resistente
 - Extremidades: pequeñas prominencias irregulares y móviles



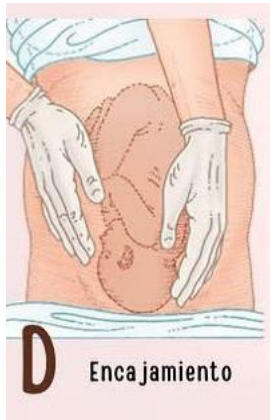
3ª maniobra: palpación por encima del pubis (presentación)

- Objetivo: Identificar qué parte del feto está en contacto con el canal del parto (presentación).
- Técnica: Con una mano, palpa suavemente justo por encima del pubis.
- Interpretación:
 - Cabeza: dura, redondeada y móvil
 - Nalgas: blandas y menos definidas



4ª maniobra: encajamiento fetal

- Objetivo: Evaluar si la cabeza fetal está encajada en la pelvis.
- Técnica: De frente a los pies de la madre, coloca ambas manos sobre la parte baja del abdomen y desliza los dedos hacia la pelvis.
- Interpretación:
 - Cabeza móvil: no encajada
 - Cabeza fija: encajada (descenso fetal avanzado)

	
Fases del trabajo de parto	- Fase latente: Contracciones leves e irregulares, cuello comienza a dilatarse hasta 4-6 cm - Fase activa: Contracciones regulares, dilatación avanza de 6 a 10 cm. - Fase de alumbramiento: Expulsión de la placenta tras el nacimiento del bebé.
Mecanismos del parto	1. Encajamiento: Descenso de la cabeza fetal hacia la pelvis. 2. Descenso: Progresión del feto a través del canal del parto. 3. Flexión: Cabeza fetal se flexiona para presentar el diámetro más favorable. 4. Rotación interna: Cabeza rota hacia la línea media para facilitar el paso. 5. Extensión: Cabeza se extiende al salir de la vulva. 6. Rotación externa: Cabeza gira para alinear con el cuerpo fetal. 7. Expulsión: Salida completa del bebé del canal de parto.
Papel de las contracciones	Las contracciones uterinas progresivas ayudan a dilatar el cuello uterino, impulsar al bebé a través del canal del parto y facilitar el alumbramiento.

Conclusión:

El trabajo de parto es un proceso fisiológico natural y extraordinario que simboliza el inicio de una nueva vida. Su desarrollo implica la interacción armoniosa entre el organismo materno y el feto, así como una serie de mecanismos precisos y coordinados

que permiten el nacimiento. Este fenómeno no solo demanda atención médica calificada, sino también respeto, acompañamiento emocional y apoyo continuo para garantizar una experiencia positiva y segura para la madre y su bebé. Comprender las fases, las maniobras diagnósticas (como las maniobras de Leopold), y los mecanismos del parto no solo es esencial para el personal de salud, sino que también empodera a las mujeres embarazadas, ayudándolas a vivir el parto con mayor confianza y conciencia. Además, reconocer el papel de las contracciones uterinas y de la pelvis en el progreso del trabajo de parto permite intervenir de forma más eficaz cuando se presentan complicaciones.

Bibliografía :

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). Obstetricia de Williams (26.^a ed., trad. J. A. Carvajal Valera). McGraw-Hill Education.