



**Luis Alberto Ballinas Ruiz**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco**

**Cuadro informativo**

**Ginecología y obstetricia**

**6°**

**“C”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Mayo de 2025.

## Control prenatal

<b>¿Qué es el control prenatal?</b>	Es la atención médica sistemática que recibe una mujer durante el embarazo para supervisar la evolución del mismo y detectar posibles complicaciones.
<b>Objetivos principales</b>	Identificar <ul style="list-style-type: none"><li>- Factores de riesgo</li><li>- Diagnosticar la edad gestacional</li><li>- Evaluar la condición y crecimiento fetal</li><li>- Promover la salud materna y fetal</li></ul>
<b>Frecuencia recomendada de consultas</b>	1º consulta → antes de la semana 12 hasta la semana 28 - cada 4 semanas  Semana 28-36 - cada 2 semanas  Semana 36 en adelante : semanal “varía según el estado de la paciente”
<b>Principales estudios y controles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ecografía obstétrica</li><li>- Análisis de sangre</li><li>- Grupo y Rh</li><li>- Hemoglobina</li><li>- Glucosa</li><li>- Tamizaje de diabetes gestacional</li><li>- Serología (VIH, sífilis, hepatitis B y C)</li><li>- Análisis de orina</li><li>- Control de peso</li><li>- Medición de la TA</li><li>- Monitoreo del crecimiento fetal</li></ul>
<b>Importancia de la suplementación</b>	Ácido fólico → previene los defectos del tubo neural; iniciar <b>400 mcg/día</b> al menos 1 mes antes del embarazo y durante el primer trimestre, esto dado en mujeres sanas, sin factores de riesgo.  <b>5 mg</b> se recomienda esta suplementación en mujeres que tengan embarazos previos con defectos en el tubo neural, se recomienda comenzar al menos 1 mes

	<p>antes del embarazo y continuar hasta las 12 semanas de gestación.</p> <p>Hierro → previene la anemia materna y fetal, indicado en la mayoría de los embarazos desde el segundo trimestre</p> <p>Calcio → desarrollo óseo fetal y previene la preeclampsia</p>
<b>Señales de alarma durante el embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contracciones frecuentes antes de la 37 SDG</li> <li>- Sangrado vaginal</li> <li>- Dolor abdominal intenso</li> <li>- Fiebre &gt;38 °C</li> <li>- Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>- Edema severo de manos, pies o cara</li> <li>- Cefalea severa</li> <li>- Visión borrosa</li> <li>- Pérdida de líquido vaginal</li> </ul>
<b>Vacunas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toxoide tetánico-diftérico</li> <li>- Influenza</li> <li>- Hepatitis B</li> <li>- Hepatitis A</li> <li>- Neumococo</li> </ul> <p>Se recomienda en pacientes que no han sido vacunadas previamente o que cuenten con esquemas de vacunación incompletos o aquellas que tengan alto riesgo de infección.</p>

## Mecanismos del trabajo de parto

<b>Definición</b>	Es el proceso fisiológico que culmina con el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta, que se caracteriza por contracciones uterinas regulares que provocan cambios a nivel cervical, dilatación del cuello uterino y descenso del feto
<b>Maniobras de Leopold</b>	<p>Son técnicas de palpación abdominal que se utilizan para determinar la posición, presentación y situación fetal, el cual tiene como objetivo lo antes mencionado.</p> <p><b>Situación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evalúa la altura del fondo uterino para ver que parte “polo” del feto (cefálico o podálico) ocupa el fondo uterino.</li></ul> <p><b>Posición</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Localizar el dorso y miembros fetales de acuerdo al eje de la madre, izquierda o derecha</li></ul> <p><b>Presentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar la parte fetal sobre el estrecho superior de la pelvis, que identifica el grado de descenso del feto.</li></ul> <p><b>Encajamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar el grado de encajamiento de la presentación fetal, el nivel de descenso y el grado de flexión cefálica.</li></ul>
<b>Fases del trabajo de parto</b>	<p><b>Fase latente</b> → inicio de las contracciones y dilatación cervical hasta los 4 cm; se da la salida del <b>tapón mucoso</b> en el primer estadio, este no marca el inicio del trabajo de parto, sin embargo es un signo prodromico; mientras que los <b>movimientos fetales</b> tienden a tomar importancia en esta fase y tiende a disminuir en la fase activa debido a la intensidad de las contracciones.</p>

	<p><b>Fase activa</b> → dilatación cervical de 5 a 10 cm; contracciones uterinas más intensas y regulares</p> <p><b>Fase de alumbramiento</b> → desde el nacimiento del bebe hasta la expulsión de la placenta</p>
<p><b>Mecanismos de trabajo de parto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Encajamiento</b> La cabeza del feto entra en la pelvis</li> <li>• <b>Descenso</b> La cabeza baja progresivamente hacia el canal del parto</li> <li>• <b>Rotación interna</b> La cabeza rota para alinearse con el eje del canal de parto</li> <li>• <b>Extensión</b> La cabeza se extiende para salir por la vulva</li> <li>• <b>Rotación externa</b> La cabeza vuelve a su posición original, permitiendo la salida de los hombros</li> <li>• <b>Expulsión</b> Salida completa del cuerpo fetal</li> </ul>
<p><b>Papel de las contracciones y de la pelvis en el trabajo de parto</b></p>	<p>La <b>pelvis</b> es una estructura ósea que forma el canal de parto → permite el paso del feto, junto con sus diámetros y movilidad determinan el progreso del parto.</p> <p>Las <b>contracciones uterinas</b> generan una fuerza para dilatar el cuello uterino, ayudan a empujar al feto hacia el canal de parto. Son coordinadas y regulares. Aumentan en su frecuencia y en intensidad de acuerdo a la progresión del parto.</p>

## **Bibliografia**

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2009).

Williams Obstetricia: 23rd Edition. McGraw-Hill Prof Med/Tech.