Alexa Martínez Martínez.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco.

Cuadro Informativo.

Ginecología y Obstetricia.

6to"C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa fundamental en la vida de una mujer, no solo por los profundos cambios fisiológicos y emocionales que conlleva, sino por el papel crucial que desempeña en la salud futura de la madre y del recién nacido. Dentro de este proceso, dos momentos adquieren una importancia especial: el control prenatal y el trabajo de parto. Ambos representan fases clave del embarazo que requieren atención médica especializada, educación, acompañamiento y cuidados integrales. El control prenatal es el conjunto de acciones médicas, psicológicas y sociales destinadas a supervisar el embarazo desde sus primeras semanas hasta el momento del parto. Su principal objetivo es prevenir, identificar y tratar a tiempo posibles complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre o del feto. Gracias al control prenatal, es posible llevar un seguimiento continuo del desarrollo del embarazo, monitorear el crecimiento fetal, detectar anomalías congénitas, controlar enfermedades preexistentes o emergentes y promover estilos de vida saludables en la gestante.

Por otro lado, el trabajo de parto constituye la culminación del embarazo y es el proceso fisiológico mediante el cual se produce el nacimiento. Este evento complejo que se divide en tres periodos: primer periodo o dilatación, segundo periodo o de expulsión y tercer periodo o de alumbramiento cada una con características específicas que requieren atención profesional oportuna y adecuada. La calidad de la atención durante el trabajo de parto está directamente relacionada con la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Por ello, es esencial que las mujeres lleguen a esta fase bien preparadas física y emocionalmente, lo cual se logra en gran medida gracias a una adecuada atención prenatal. Además, factores como la información brindada a la madre, el acompañamiento durante el parto, el acceso a servicios obstétricos de calidad y la humanización del proceso son determinantes para una experiencia de parto positiva y segura.

El vínculo entre el control prenatal y el trabajo de parto es innegable. Ambos conforman un continuo de atención en salud reproductiva que impacta directamente

en la vida de millones de mujeres y sus familias. En este sentido, promover prácticas clínicas basadas en la evidencia, fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud y garantizar un enfoque centrado en la mujer son elementos clave para reducir los riesgos asociados al embarazo y mejorar los desenlaces perinatales.

CONTROL PRENATAL					
¿Qué es el control prenatal?	**Objetivos principales**	**Frecuencia recomendada de consultas prenatales**	**Principales estudios y controles**	**Importancia de la suplementación (ácido fólico, hierro, etc).**	**Señales de alarma durante el embarazo**
Conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo.	1. Prevenir 2. Diagnosticar (tamizaje) 3. Evaluar factores de riesgo 4. Prevención sistemática de enfermedades: Tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de VIH. 5. Elaboración de plan de acción previo al parto.	• 8 visitas al ginecólogo es un excelente control. • 5 consultas al ginecólogo es un buen control • Inicio recomendado para la primera consulta: 4t^{a} a 6ta SDG.	• Solicitar a las 28 SDG glucosa en ayuno ≥ 92 mg/dL. > factor de riesgo. • Diagnóstico de DM gestacional se pide por lo menos 2 de los siguientes estudios: • Glucosa en ayuno ≥ 125 mg/dL. • Glucosa aleatoria ≥ 200 mg/dL. • Curva de tolerancia a la glucosa ≥ 200 mg/dL. • Hemoglobina glicosilada ≥6.5%	Suplementación con ácido fólico a toda persona embarazada con dosis de 400 µg/día es recomendable para prevenir los defectos del tubo neural, idealmente 3 meses previos al embarazo. Dosis altas de ácido fólico (5 mg/día) se sugiere administrar en casos de antecedentes familiares de defectos en el tubo neural.	• Cefalea intensa. • Acufenos. • Fosfenos. • Dolor en epigastrio. • Convulsiones. • Hiperemesis gravídica. • Disminusión o ausencia de mov. Fetales después de la semana 28. • Salida de líquido o sangre transvaginal. • Aumento de peso > a 2 kilos por semana. • Molestias al miccionar, aumento de

			• TA: Mantener metas de control con una TA <130/89 mmHg • TA ≥130/89 se considera enfermedad hipertensiva en el embarazo; establecer diagnóstico de acuerdo con estudios complementarios • Grupo sanguíneo y factor Rh (en px Rh(-), repetir a las 28 SDG, solicitar coombs indirecto y A.C irregulares para detectar aloinmunición). • BHC. • QSC. • EGO> 12 y 16 SDG • Urocultivo. • VDRL. • Citología cervicovaginal		la frecuencia miccional. • Fiebre • Edema en pies, manos o cara.

			(vigencia <1 año). • Perfil tiroideo		

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO				
Definición	**Maniobras de Leopold**	**Fases del trabajo de parto**	**Mecanismos del parto**	**Papel de las contracciones y de la pelvis en el trabajo de parto**
Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal.	Método sistemático de palpación abdominal utilizado para determinar la posición, presentación y encaje fetal durante el tercer trimestre del embarazo 4 maniobras 1. Situación: Permite identificar cuál de los polos fetales ocupa el fondo uterino. 2. Posición: Relación que existe del dorso del feto y el	1er Periodo o de dilatación: 1. Fase latente: a. Fase pélvica: Mecanismo del trabajo de parto. b. Fase latente prolongado: Contracciones más presentes, dilatación 3-5cm. Duración: Nulíparas 20hrs.	1. Situación: Relación entre el eje longitudinal del feto respecto con el de la madre, puede ser longitudinal, transversa u oblicua. 2. Presentación fetal: Aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzado dentro del conducto de parto. Se percibe a través del cuello uterino por tacto vaginal. • Situación longitudinal>	Las contracciones son involuntarias y no dependen del control externo. A lo largo del embarazo se presentan 3 tipos de contracciones: 1. De Alvares: el dolor es de baja intensidad, llega a ser imperceptible y se presenta en <28sdg, la frecuencia es de 1 por minuto.

	flanco de la madre. 3. Presentación: Evalúa la presentación fetal. Con el dedo pulgar y el índice se colocarán por encima de la sínfisis del pubis para valorar el encajamiento, se identifica una masa móvil, por lo general correspondiente a la cabeza. 4. Situación: Valora el grado de encajamiento del feto.	Multíparas 14 hrs. 2. Fase activa: Se observa el descenso del producto. • Dilatación: >5 cm (6-10cm). • Contracciones aumentan su frecuencia aparecen de 2-3min • Duración: Nulíparas: 8-18hrs. Multíparas: 5-12 hrs. 2do periodo o de expulsión: Desde la dilatación completa del cuello uterino hasta la expulsión del producto. • Duración: 30-60min hasta 2hrs. • Libre adopción de postura materna. • Epistomía (medio lateral) en Nulíparas.	Presentación cefálica o pélvica. • Eje longitudinal transversa> se presenta el hombro. 3. Presentación cefálica: • Presentación de vértice u occipucio. • Presentación de cara. • Presentación de sincipucio. • Presentación de frente. 4. Presentación pélvica: • Presentación franca • Presentación completa: nalgas/muslo. • Presentación podálica: sale el piecito. 5. Actitud o posturas fetales. E n los	2. Braxton Hicks: son de intensidad alta, son perceptibles, pero no dolorosas y se presentan en >28sdg. 3. Verdaderas: Inicio de trabajo de parto: son de intensidad muy alta, con una frecuencia de 3 o 4 cada 10 minutos, se manifiesta en el embarazo a término. El piso pélvico sostiene y cierra funcionalmente el canal de parto.

		3er periodo o de alumbramiento. Desde la expulsión del producto hasta la salida de la placenta y membranas fetales. • Duración: 30 – 60 minutos. • Maniobras: Brant-Andrews: Presión suprapúbica mientras se tracciona el cordón umbilical. • Maniobra de Dublin: Sostener la placenta con ambas manos girándolas por su propio eje.	últimos meses el feto adopta una postura característica. 6. Posición fetal: puede haber 2 variedades de posición derecha o izquierda. Movimiento cardenales: 1. Encajamiento: El diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica. 2. Descenso: Continuación del paso del feto a través del canal departo 3. Flexión: El mentón se pone en contacto de una forma más cercana al tórax. 4. Rotación interna: El occipucio gira en dirección anterior hacia la sínfisis de pubis. 5. Extensión: La cabeza fetal muy flexionada llega a la	

			vulva y presenta extensión. 6. Rotación externa: La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua da paso a la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. 7. Expulsión: Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis y el perineo se distiende pronto por la	

			presencia del hombro posterior.	

CONCLUSIÓN

El control prenatal y el trabajo de parto son dos pilares esenciales en el cuidado de la salud materno-infantil, cuya adecuada atención incide de manera directa en el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. A lo largo del embarazo, el control prenatal permite establecer una relación estrecha entre la gestante y el personal de salud, creando un espacio seguro para la vigilancia médica, la educación en salud, el apoyo emocional y la detección oportuna de factores de riesgo. Esta etapa no solo prepara a la mujer para el nacimiento, sino que también fortalece su capacidad de tomar decisiones informadas y responsables sobre su cuerpo, su parto y la salud de su hijo. Como futuros médicos debemos aprender y conocer la importancia de saber la importancia de que las pacientes lleven un buen control prenatal, para que en zonas rurales, ayudemos a las pacientes embarazas a que sepan y conozcan lo importante que es que lleven un buen control, esto también es fundamental para las mujeres que aún no están embarazadas pero están en busca de estarlo, sepan lo importante que es, que sepan que llevando un buen control, pueden prevenir de padecer alguna enfermedad, como diabetes gestacional, hipertensión, alguna enfermedad congénita, y que empiecen a cuidarse y tener mejor estilo de vida si así lo desean antes de quedar embarazadas y a las que están embarazadas empiecen a tratarse y llevar un mejor estilo de vida.

El trabajo de parto, por su parte, representa el desenlace de un proceso gestacional que ha sido cuidadosamente monitoreado cuando se ha contado con una atención prenatal de calidad. Un parto bien manejado, en un entorno seguro y con el acompañamiento adecuado.

Finalmente, es necesario seguir fomentando la educación en salud reproductiva, tanto en el ámbito comunitario como institucional, para que las mujeres comprendan la importancia de acudir a sus controles prenatales y de prepararse adecuadamente para el momento del parto.

BIBLIOGRAFIA

F. Gary Cunningham, K. J. (2019). *Williams Obstetricia 23 edición*. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education.

Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; Disponible en: http://www.imss.gob.mx/profesionalessalud/gpchttp://www.cenetec.salud.gob.mx/conteni dos/gpc/catalogoMaestroGPC.html# Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc