



**Jazmin Guadalupe Ruiz García**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco**

**Control prenatal y mecanismo de  
trabajo de parto**

**Ginecología y obstetricia**

**6° "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de mayo de 2025.

## Introducción

La atención prenatal es fundamental porque permite vigilar la salud de la madre y del feto desde el inicio del embarazo, anticipando y previniendo complicaciones que podrían afectar a ambos. El control prenatal tiene como principal objetivo cuidar la salud de la madre y del bebé durante todo el embarazo. A través de un seguimiento médico regular, se busca asegurar que el embarazo se desarrolle de forma adecuada, identificando oportunamente cualquier riesgo o complicación que pueda surgir. Uno de los propósitos más importantes es prevenir enfermedades o condiciones que puedan afectar el bienestar de la madre o el desarrollo del feto, como la preeclampsia, la diabetes gestacional o las infecciones. Durante las consultas, se le proporciona información sobre nutrición, cambios físicos y emocionales del embarazo, señales de alarma, preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Esto permite que la mujer tome decisiones informadas y se sienta acompañada en cada etapa del proceso. El seguimiento del desarrollo fetal a través de ultrasonidos y otras pruebas, se evalúa el crecimiento y desarrollo adecuado del bebé, asegurando que se mantenga dentro de parámetros normales. Educación y orientación para brindar a la madre información sobre nutrición, actividad física, preparación para el parto y cuidados del recién nacido, lo que promueve un embarazo saludable y seguro. Promoción de la salud materna en este se monitorea el bienestar físico y emocional, se le administra ácido fólico, vacunas y suplementos necesarios, y se le orienta para mantener estilos de vida saludables. El mecanismo del trabajo de parto es el conjunto de movimientos pasivos que realiza el feto al atravesar el canal del parto, en respuesta a las fuerzas uterinas y a la resistencia de las estructuras maternas. Los objetivos de este mecanismo son permitir el descenso, la rotación, la flexión y finalmente la expulsión del feto de manera ordenada y fisiológica, optimizando así el proceso de parto. Entre los puntos más importantes se encuentra la correcta adaptación de las dimensiones cefálicas fetales a los diámetros de la pelvis materna, lo cual es esencial para un parto eutócico. Estos movimientos incluyen la acomodación de la presentación, la flexión de la cabeza, el descenso progresivo, la rotación interna, la extensión, la rotación externa y, finalmente, la expulsión. Cada fase del mecanismo tiene una función específica y su adecuada progresión permite valorar si el parto se está desarrollando de forma normal

# Control prenatal



## Definición

Serie de visitas programadas de parte de la embarazada a la institución de salud y a consulta médica

- Vigilar la evolución del embarazo
- Detectar tempranamente riesgos
- Prevenir complicaciones
- Preparar a la paciente para el parto, maternidad y crianza.

## Objetivos



## Ganancia de ganancia de peso x IMC

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Bajo peso al nacer | 14-15 kg |
| Peso normal        | 10-18 kg |
| Sobrepeso          | 2-16 kg  |
| obesidad grado 1   | 2-6 kg   |
| Obesidad grado 2   | 0-4 kg   |
| Obesidad grado 3   | 0-6 kg   |

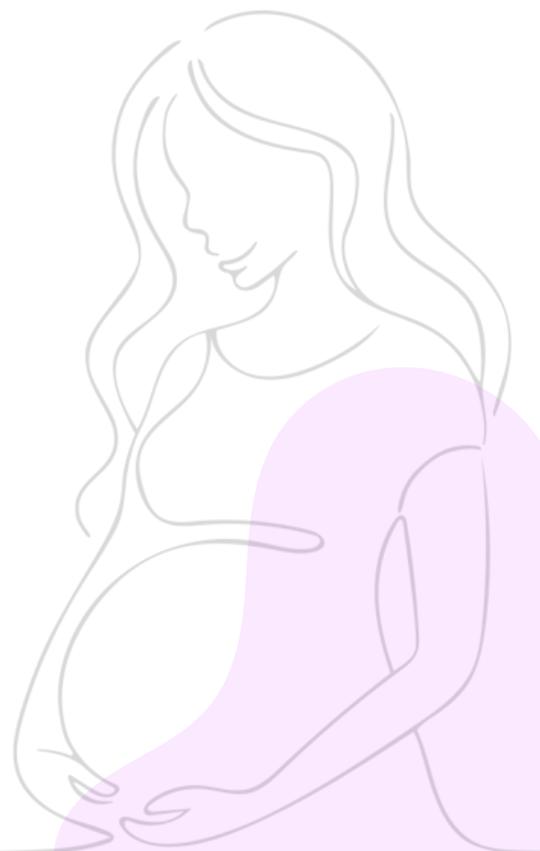
## Velocidad de ganancia de peso

|              |                |
|--------------|----------------|
| 1° trimestre | 0.18 kg/semana |
| 2° trimestre | 0.54 kg/semana |
| 3° trimestre | 0.49 kg/semana |

## Suplementación

### Ácido fólico

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Dosis recomendada: 400 ug/día | <ul style="list-style-type: none"><li>• Toda mujer embarazada idealmente 3 meses previos al embarazo</li></ul>  |
| Dosis alta 5 mg/día           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Embarazo previo con feto y defecto en el tubo neural</li><li>• Uso de farmacos con efecto anti folato</li><li>• DM tipo 1 y 2 mal controlada</li><li>• Pobre ingesta de ácido fólico en dieta</li><li>• Tabaquismo activo o pasivo</li><li>• Enfermedad celiaca</li><li>• Enfermedad de crohn</li></ul> |



|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Omega 3</b>       | 500-1000 mg de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (consumo de 2 porciones de pescados y mariscos por semana). |
| <b>Hierro</b>        | 30-60 mg.<br>Iniciando idealmente a las 20 sdg para evitar la anemia materna.  |
| <b>Calcio</b>        | Pacientes con baja ingesta dietética (<600 mg/día)<br>Dosis: 1 gr/día  |
| <b>Vitamina A</b>    | Prevención de ceguera nocturna y anemia materna.<br>Limitando la ingesta de retinol                                      |
| <b>Vitamina D</b>    | 60 UI<br>Durante todo el embarazo  |
| <b>Estreñimiento</b> | Incremento de la ingesta de fibra dietética y se considere el uso de laxantes que incrementan la motilidad intestinal.   |

## Vacunación

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Tos ferina, difteria y tétanos</b> | Vacuna recomendada: Tdpa<br>A partir de la semana 20 de gestación (preferentemente entre las 27-36 sdg)  |
| <b>Influenza</b>                      | Debe recibir la vacuna de influenza trivalente inactividad IM o ID antes de la temporada de influenza.<br>En cualquier trimestre   |
| <b>Hepatitis</b>                      | Persona que ha sido identificada con riesgo de infección por el virus de la hepatitis B durante el embarazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;1 pareja sexual los últimos 6 meses</li> <li>• Antecedentes de ETS</li> <li>• Relaciones sexuales de riesgo</li> <li>• Uso de drogas IV recientes</li> <li>• Hbsag (+) en pareja sexual</li> </ul> |
| <b>COVID-19</b>                       | Se recomienda vacunación contra COVID-19   |

## Incompatibilidad ABO y RH

Rh (-) no sensibilizada: profilaxis con inmunoglobulina anti-D (antes de la semana 28 dg).

| 1° aplicación             | Nueva aplicación   |
|---------------------------|--|
| 1° Trimestre<br>13-20 SDG | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 SDG</li> <li>• 34 sdg</li> </ul> |
| 21-27 SDG                 | 13 semanas después   |
| >28 SDG                   | Dentro de las primeras 72 horas post parto                                   |

## Consultas

10-12 consultas lo ideal (NOM-007 mínimo 8 consultas).

- 30-49 minutos la 1° consulta
- 20 minutos la 2° consulta y subsecuentes.

| Num de consulta | Semana de gestación | Num de consulta | semana de gestación |
|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| 1ª              | 6-8 semanas         | 5ª              | 28 semanas          |
| 2ª              | 10-13.6 semanas     | 6ª              | 32 semanas          |
| 3ª              | 16-18 semanas       | 7ª              | 36 semanas          |
| 4ª              | 22 semanas          | 8ª              | 38-41 semanas       |

## Tamizaje de bacteriuria

Urocultivo entre las 12-16 SDG  
Tto 4-7 días para evitar complicaciones  
(Amoxicilina/fosfomicina)

Seguimiento: EGO a las 18-20 SDG y 32 SDG

Tira reactiva en cada consulta

## Ultrasonidos

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 11-13.6 SDG           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vitalidad</li> <li>Edad gestacional (el mejor)</li> <li>Número de fetos</li> </ul> <p>Edad gestacional: longitud cefalocaudal</p> <p>Marcadores de aneuploidia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Translucencia nucal &gt;3 mm</li> <li>Ausencia de hueso nasal</li> <li>Fluorometría en ductus Arancio</li> <li>Insuficiencia tricúspidea</li> </ul> |
| 18-22 SDG Estructural | <ul style="list-style-type: none"> <li>Viabilidad</li> <li>Anatomía fetal</li> </ul> <p>Edad gestacional: diámetro biparietal</p> <p>Malformaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Femur corto</li> <li>Ventriculomegalia</li> <li>Hendidura Palatina</li> <li>Hernia diagramatica</li> <li>Malformaciones cardíacas</li> <li>Atresia duodenal</li> <li>Hidronefrosis</li> </ul>         |
| >29 SDG               | <p>Alteraciones del crecimiento</p> <p>Edad gestacional: longitud femoral</p>   |

## Cribado de cromosopatías

|                        |   |
|------------------------|---|
| 1° Trimestre 8-12 SDG  | <p>Duo-test</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>B-HCG</li> <li>PAPPA-A</li> </ul> <p>(disminuidas en sx Down)</p> <p>Más USG (translucencia nucal/hueso nasal)</p>   |
| 2° Trimestre 15-18 SDG | <ul style="list-style-type: none"> <li>AFP</li> <li>Estriol no conjugado</li> </ul> <p>(disminuidas Sx de Down)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Glucoproteína b-1 específica de la gestación (aumentadas en sx de Down)</li> </ul> |

## Enf hipertencivas

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Hipertensión gestacional              | = 0 > 140/90 mmHg después de 20 sdg                                   |
| Pre- eclampsia                        | = 0 > 140/90 mmHg<br>Proteinuria positiva + creatinina serica elevada |
| Pre- eclampsia con datos de severidad | >160/110 mmHg<br>síntomas de compromiso a órgano blanco               |
| Eclampsia                             | Pre- eclampsia severa + síntomas neurológicos                         |

## Alarma obstetrica

|                   |   |
|-------------------|---|
| Signos y síntomas | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fuerte dolor de cabeza</li> <li>Fosfenos / fosfenos</li> <li>Nauseas y vómitos frecuentes</li> <li>Disminución o ausencia de movimientos fetales por &gt;2 horas después de la semana 28</li> <li>Palidezarcada</li> <li>Edema en manos, pies y cara</li> <li>Convulsiones</li> <li>Dificultad para respirar</li> <li>Contracciones uterinas de 3-5 minutos de duración antes de las 37 sdg</li> <li>Pérdida líquido o sangre por la vagina o genitales</li> <li>Dolor abdominal persiste de cualquier intensidad</li> </ul> |
|-------------------|---|



# Mecanismos del trabajo de parto



## Definición

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto a partir de las >22 SDG con placenta y anexos

## Periodos del trabajo de parto

### 1° período: Dilatación

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Definición</b>   | Comienza con el inicio de las contracciones y presencia de cambios cervicales  |
| <b>FASE LATENTE</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Contracciones regulares</li><li>• Cambios en el cervix</li><li>• Dilatación &lt;5 cm</li><li>• Borramiento &lt;50%</li></ul> <p>Nulipara: 18 horas<br/>Multipara: 12 horas</p> |
| <b>FASE ACTIVA</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Contracciones regulares 2-4 en 10 minutos</li><li>• Dilatación &gt;5 cm</li><li>• Borramiento &gt;50%</li></ul> <p>Nulipara: 8-18 horas<br/>Multipara: 5-12 horas</p>          |

### 2° período: Expulsión

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Definición</b> | Comienza con la dilatación completa y termina con la expulsión del feto |
| <b>Duración</b>   | 60 minutos o 2 horas con analgesia                                      |

### 3° período: Alumbramiento

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Definición</b> | Desde el pinzamiento y corte del cordón hasta la expulsión de la placenta y membranas. |
| <b>Duración</b>   | 30 minutos   |



# Maniobras de Leopold

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| <b>SITUACIÓN</b>    | <p>Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal</li> <li>• Transverso</li> <li>• Oblicuo</li> </ul> |    |
| <b>POSICIÓN</b>     | <p>Dorso a la derecha/izquierda relación que existe entre el dorso del feto y el flanco de la madre.</p>   |    |
| <b>PRESENTACIÓN</b> | <p>Determina la altura de presentación: libre, abocado o encajado.<br/>Corroborar la presentación: cefálico, pélvico o transverso.</p>   |   |
| <b>ENCAJAMIENTO</b> | <p>Grado de encajamiento de la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna.<br/>Alta y inmóvil, insinuada o fija, encajada y muy encajada</p>                  |  |

# Mecanismos del parto

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Encajamiento</b>     | Mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica   |
| <b>Descenso</b>         | Continuación del paso del feto a través del canal de parto   |
| <b>Flexión</b>          | cabeza fetal encuentra resistencia en el conducto del parto y cambia de diámetro occipitofrontal (largo) al suboccipitobregmático (corto). |
| <b>Rotación interna</b> | occipucio se desplaza la síntesis del pubis (sacro) a partir de su posición original.  |
| <b>Extensión</b>        | cabeza fetal flexionada se extiende a través de la pulpa por ser la dirección donde encuentra menor resistencia.                           |
| <b>Rotación externa</b> | occipucio se desplaza hacia la dirección original (transversa).  |
| <b>Expulsión</b>        | salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y luego del hombro posterior y al final del polo podálico.                  |

## Conclusión

El control prenatal es una herramienta esencial para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un buen inicio de vida para el recién nacido. Constituye uno de los pilares fundamentales en la atención integral de la mujer embarazada y representa una estrategia esencial en la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de posibles complicaciones que puedan surgir durante la gestación. A través de una serie de visitas programadas, los médicos de forma sistemática el estado físico y emocional de la gestante, así como el desarrollo y bienestar fetal. Esto incluye la realización de estudios clínicos, ecográficos, de laboratorio y la vigilancia de factores de riesgo obstétrico, lo que permite establecer planes de cuidado individualizados. Un buen manejo y un control prenatal temprano, completo y de calidad está directamente relacionado con una reducción significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como con mejores resultados neonatales. En conclusión, el control prenatal no solo salva vidas, sino que mejora sustancialmente la calidad de vida de las madres y sus hijos, siendo un componente indispensable de la salud pública y la medicina preventiva. El trabajo de parto es un proceso fisiológico complejo y cuidadosamente coordinado que marca la culminación del embarazo y permite el nacimiento del nuevo ser humano. Los mecanismos del trabajo de parto incluyen una serie de movimientos y adaptaciones tanto maternas como fetales, los cuales son esenciales para que el feto atraviese con éxito el canal del parto. Estos mecanismos tienen una secuencia ordenada: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Cada uno de estos pasos tiene una finalidad específica que facilita la progresión del feto a través de la pelvis materna, y su correcta ejecución es fundamental para un parto vaginal exitoso. La importancia de entender estos mecanismos radica en múltiples aspectos. Desde el punto de vista clínico, que nos permite como futuros médicos reconocer las etapas normales del parto y diferenciar entre un progreso adecuado y posibles complicaciones, como distocias o presentaciones anómalas. Esta comprensión también posibilita una intervención oportuna y apropiada, como la realización de maniobras específicas, cambios de posición materna o, si es necesario, la indicación de una cesárea, con el objetivo de proteger la salud tanto de la madre como del recién nacido.

## Bibliografía

- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2011). *Williams Obstetricia* (23.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Interamericana.