



**Itzel García Ortiz**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco**

**CONTROL PRENATAL Y MECANISMOS  
DEL TRABAJO DE PARTO**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Ginecología y Obstetricia**

**6° "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso del embarazo está caracterizado por diversos cambios físicos y psicológicos en la mujer gestante, tales cambios se enfocan a adaptar el cuerpo de la madre para llevar a cabo el desarrollo de un nuevo ser humano dentro de la misma, estos cambios se van desarrollando de manera gradual y continua a lo largo de todo el embarazo. Los cambios que se experimentan están desde la parte metabólica y bioquímica y de forma anatómica, conductual y emocional. Todos estos cambios y el proceso que conllevan suponen una alta exigencia al mismo cuerpo generando en él un estado de estrés que al combinarse con alguna enfermedad, comorbilidad o factor de riesgo pueden generar un estado patológico tanto para la madre como para el feto, que incluso de no detectarse a tiempo ponen en riesgo la salud de ambos. He de ahí la importancia de conocer y llevar a cabo el control prenatal en cada una de las embarazadas, siendo este de manera individual y personalizada en función de las mismas, esto para poder brindar una mejor y oportuna atención preventiva y médica durante la etapa del embarazo.

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (2022) la mayoría de las complicaciones en el embarazo, parto y/o puerperio, están originadas por enfermedades como: anemia, hipertensión que puede evolucionar a preeclampsia-eclampsia, hemorragias, infecciones genitourinarias, prematuridad, bajo peso al nacer e infecciones en el bebé como VIH/Sida, sífilis y enfermedad por COVID-19, entre otras. De ahí la importancia de implementar el control prenatal.

# CONTROL PRENATAL



## ¿Qué es?



Es la **serie** de contactos, entrevistas o visitas **programadas** con el personal de salud, a efecto de **vigilar la evolución del embarazo**.

- Difusión de información
- Instauración de medidas de prevención
- Identificación de signos/síntomas de urgencia obstétrica



## Objetivos



1. Promover la salud de la mujer embarazada y el feto.
2. Atención prenatal efectiva y accesible.
3. Evaluación de factores de riesgo.
4. Atención multidisciplinaria a la mujer embarazada.
5. Tamizajes y prevención de enfermedades.
6. Otorgar educación básica sobre lactancia y plan de acción previo al parto

## Frecuencia recomendada de consultas prenatales



La Norma Oficial Mexicana 007 recomienda, apegándose a lo establecido por la OMS, **8 consultas**

N° Consulta	Semana de gestación	N° consulta	Semana de gestación
1°	6-8 semanas	5°	28 semanas
2°	10-13.6 semanas	6°	32 semanas
3°	16-18 semanas	7°	36 semanas
4°	22 semanas	8°	38-41 semanas



## Principales estudios y controles



### Controles

- Dieta
- Consumo de cafeína
- Consumo de agua
- Ejercicio
- Ganancia de peso
- Inmunizaciones
- TA en cada visita
- Exploración bucofaringea (1° consul)
- Medición de altura del fondo uterino



### Estudios

- Tamizaje para diabetes gestacional
- Tamizaje para preeclampsia
- Tamizaje para Isoinmunización
- Tamizaje para depresión durante el embarazo
- Tamizaje VIH y sífilis
- Cálculo de fecha probable de parto
- Ultrasonido obstétrico



### inmunizaciones

- Hepatitis B --- ↓ transmisión vertical
- COVID-19 ---- Inmunidad pasiva
- Influenza ----- ↓ infección por influenza
- Tétanos ---- Desp. 20SDG – Prev. Tétanos neonatal
- DTaP --- entre sem 16-32: preferente desp. 20SDG
- Anti D ---- ♀ con factor Rh neg. --- Adm. 72h posterior al nacimiento



### Laboratorios

- Biometría hemática completa
- Grupo sanguíneo y rH
- EGO (Cualit. proteínas)
- Urocultivo (Bacteriuria asintomática)
- Glucosa
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Papanicolau (de los últimos 3 años)
- Prueba de VIH
- VDRL
- Inmunidad a rubeola y varicela



### Tamizaje para diabetes gestacional

Px c/ riesgo bajo o moderado  
24-28 semanas de gestación.

Criterios IADPSG: Estrategia de un solo paso  
Sobrecarga oral de glucosa de 75 g

#### RECOMENDACIÓN

**Glucosa plasmática en ayuno**  
1ª visita prenatal o antes de 13° SDG  
---- Detección DM2 no dx----

### Tamizaje para preeclampsia

Px que sean captadas entre 11 y 13.6  
SDG con riesgo alto-mod

Tamizaje con

- Fx de riesgo
- Marcadores bioquímicos
- Medición arterias uterinas

#### RECOMENDACIÓN

Aspirina 150mg/día  
Px con riesgo alto de preeclampsia  
Desde 11° sdg hasta 36 sdg

### Tamizaje para isoimmunización

En 1° consulta  
tipificación sanguínea de la pareja  
-- ABO y factor RH --

Px c/ RH neg.

- Prueba de Coombs indirecto

### Tamizaje VIH y sífilis

Evaluación a todas la px emb.  
1° y 3° trimestres  
Pruebas rápidas

- Pruebas de detección de VIH, sífilis y HBsAg

### EGO

18 - 20 SDG y entre 32 -34 SDG

### Estimación de la edad gestacional

Regla de Naegele, siempre y cuando la  
fecha de última menstruación sea confiable.

### USG

- En caso de sospecha de malformaciones fetales
- Tamaño del útero no concuerda con la FUM
- Cálculo de la edad gestacional (no FUM)  
---> antes de 22 SDG

### Diagnóstico de edad gestacional

Ultrasonográfica en el 1° trimestre  
(max 12 SDG)  
Método + preciso

## Suplementación

Tipo	Indicación	Función
Acidos grasos poliinsaturados	500-100mg/día Omega 3, a partir 12 SDG	↓ Riesgo de parto pretérmino - prematuro
Ácido fólico	0.4 mg/día 3m previos y 3m post embarazo  0.5mg/día En caso de factores de riesgo	↓ Incidencia de defectos de tubo neural (93%) ↓ Riesgo de defectos tubo neural en px c/antecedentes (69%)
Hierro	30-60mg, a partir 20 SDG	Estrategia preventiva p/ Anemia materna
Calcio	1.5-2 g (1g/día) 1g VO, 2 veces/día x 2-4semanas	↓Riesgo a HT gestacional - Preeclampsia px c/ baja ingesta <600mg/día Manejo calambre
Vitamina A	B- carotenos	Solo se recomienda la toma en px con déficit Prevención anemia materna, ceguera nocturna
Vitamina D	Suplemento con vit/D 601 UI/d	↓Riesgo Diabetes gestacional en px c/ factores de riesgo

## Señales de alarma durante el embarazo

- Ganancia excesiva de peso durante el último trimestre del embarazo > 0.5 kg/semana

- Presión arterial elevada:  
Diastólica > 90 mm Hg  
Sistólica > 140 mm Hg  
Sistólica > 30 mm Hg o diastólica > 15 mm Hg sobre las cifras basales previas

- Edema en una o más regiones del cuerpo, excepto maleolar
- Sangrado transvaginal existente
- Salida de líquido amniótico
- Fondo uterino fuera de los valores normales
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Vómitos > 6 al día
- Leucorrea y prurito vaginal
- Proteinuria
- Bacteriuria, urocultivo positivo o leucocituria
- Hemoglobina < 11 g/dL

- Contractilidad uterina dolorosa antes de la semana 37 de gestación

- Glucemia > 110 mg/dL o curva de tolerancia a la glucosa anormal



# TRABAJO DE PARTO



## Definición



El nacimiento corresponde al **periodo** comprendido **entre el inicio de las contracciones uterinas regulares** y la **expulsión de la placenta**.

El proceso por el cual esto ocurre con normalidad se denomina **trabajo de parto**



### Definición estricta Williams, 23e

Presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino

### PARTO

### GPC, 2014

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

#### 3 periodos



Dilatación

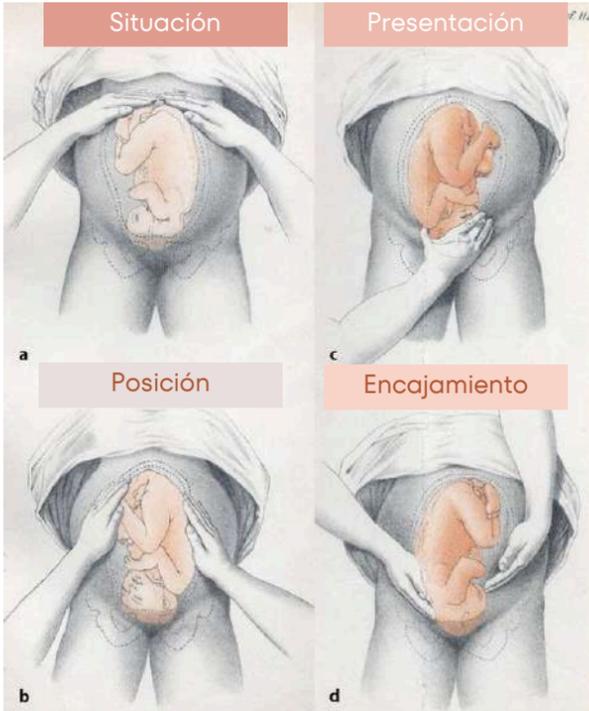
Expulsión

Alumbramiento

Periodo	Duración	Características
Dilatación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nulípara: 9-10h</li> <li>Multiparas: 8h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fase <b>latente</b>:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracciones dolorosas, borramiento, dilatación <b>hasta 4cm</b></li> <li>Duración, <u>N:6-7h y M: 4-5h</u></li> </ul> </li> <li>Fase <b>activa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracciones dolorosas regulares, dilatación progresiva <b>a partir 4cm</b></li> </ul> </li> </ul>
Expulsión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nulípara: 33 m</li> <li>Multiparas: 8.5m</li> </ul>	<p><b>Inicia</b> desde que se completa la dilatación</p> <p><b>Concluye</b> con la expulsión del feto</p>
Alumbramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprox. 5m</li> </ul>	Desde la expulsión del feto Hasta la expulsión de placenta y membrana



## Maniobras de Leopold



### Uso

**Método sistemático de palpación abdominal** que se utiliza **para determinar e identificar la posición fetal** en el fondo del útero, dorso fetal, la parte que está en el pubis y el encaje del feto.

Se puede efectuar la palpación abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto.

<b>1. Situación</b>	Identifica cuál de los polos fetales ocupa el fondo uterino	cefálico / podálico
<b>2. Posición</b>	Orientación del feto. Dorso (Derecha/Izquierda)	anterior/ transversa/ posterior,
<b>3. Presentación</b>	Valoración del encajamiento fetal. Si la parte que se presenta está encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna	<b>confirmar la presentación fetal</b> vértice/ sincipicio/de frente/de cara.
<b>4. Encajamiento</b>	Identificar el grado de penetración de la presentación en el estrecho superior de la pelvis y el grado de flexión de la cabeza fetal.	Encajado o no

## Papel de las contracciones y la pelvis en el TP



### Contracciones EN TP

- Expulsar al feto de la cavidad uterina. Generan fuerza que impulsa al feto a través del canal de parto
- Minimización de la hemorragia posparto

### Pelvis en TP

- Piso pélvico - Sostiene y cierra funcionalmente el canal de parto
- Durante el TP se modifican las propiedades elásticas y de resistencia del piso pélvico y la pared vaginal



## Mecanismos del TP

<b>Encajamiento</b>	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 del diámetro occipitofrontal al suboccipitobregmático (de largo a corto)
<b>Rotación interna</b>	Occipucio se desplaza a la sínfisis del pubis a partir de su posición original
<b>Extensión</b>	Cabeza fetal flexionada se extiende a través de la válvula por ser la dirección donde se 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



Engagement



Descent



Flexion



Internal rotation



Extension



External rotation



Expulsion



## CONCLUSIÓN

En México el nacimiento es considerado un proceso natural con significado cultural y social, y el personal de salud durante el proceso de atención médica integral debe brindar calidad, calidez y seguridad a la paciente, esto para coadyuvar y disminuir la morbi-mortalidad materna, limitando el uso de prácticas clínicas innecesarias. La **atención** en el embarazo, parto y puerperio debe estar siempre bajo un enfoque **HUMANIZADO, INTERCULTURAL, SEGURO, LIBRE DE VIOLENCIA Y SIN MEDICALIZACIÓN INNECESARIA.**

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Es de importancia tener conocimiento de la situación real de cada mujer embarazada con el fin de detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales, involucrando a las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones, una vez informadas de manera adecuada e individualizada.

La GPC de *Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo*, nos indica que los principales objetivos de la vigilancia y los cuidados prenatales en la mujer embarazada son el:

1. Promover la salud de la mujer embarazada y el feto.
2. Atención prenatal efectiva y accesible.
3. Evaluación de factores de riesgo.
4. Atención multidisciplinaria a la mujer embarazada.
5. Tamizajes y prevención de enfermedades.
6. Otorgar educación básica sobre lactancia y plan de acción previo al

parto.

Esto para poder llegar al **objetivo principal** del control prenatal el cual es **conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine con una madre y un recién nacido sano.**

## REFERENCIAS

**F. Gary Cunningham, et. Al (s.f) Trabajo de parto y parto en Williams Obstetricia. 23ª Edición**

Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2022. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/ER.pdf>

Aguilera, P. S., & Soothill, M. P. (2014). Control prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 880–886. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70634-0)

McEvoy, A., & Sabir, S. (2022). Physiology, pregnancy contractions. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532927/>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022.). La importancia de un adecuado control prenatal. [gob.mx. https://www.gob.mx/imss/articulos/la-importancia-de-un-adecuado-control-prenatal](https://www.gob.mx/imss/articulos/la-importancia-de-un-adecuado-control-prenatal)

Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista De La Facultad De Medicina*, 64(1), 39–48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>

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. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>