



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**MEDICINA HUMANA**  
**CAMPUS CÓMITAN**



**CUADROS INFORMATIVOS DE CONTROL**  
**PRENATAL Y TRABAJO DE PARTO**

Citlali Anayanci Palacios Coutiño  
Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco  
Ginecología y obstetricia  
6to semestre grupo A

## INTRODUCCIÓN:

El control prenatal es un conjunto de cuidados médicos sistemáticos que recibe la mujer embarazada con el objetivo de vigilar su estado de salud y el desarrollo adecuado del feto durante toda la gestación. Este proceso comienza idealmente desde el momento en que se confirma el embarazo y se mantiene hasta el parto. A través de consultas regulares, el personal médico realiza diversos estudios y exámenes que permiten identificar factores de riesgo, diagnosticar posibles complicaciones a tiempo y ofrecer orientación adecuada sobre nutrición, higiene, preparación para el parto y lactancia.

Uno de los principales propósitos del control prenatal es asegurar un embarazo saludable y un parto sin complicaciones. Para lograrlo, se monitorean parámetros esenciales como el peso materno, la presión arterial, la altura uterina, y se realizan análisis de sangre, orina y ecografías. Además, se proporciona suplementación con ácido fólico, hierro y otros nutrientes esenciales que ayudan a prevenir malformaciones y enfermedades.

El trabajo de parto es el proceso natural mediante el cual el cuerpo de la mujer se prepara y lleva a cabo el nacimiento del bebé. Este proceso, que marca la culminación del embarazo, se divide en distintas fases y está compuesto por una serie de movimientos coordinados conocidos como los mecanismos del trabajo de parto. Estos mecanismos permiten que el feto se adapte al canal de parto, atravesando la pelvis materna hasta su completa expulsión.

Durante el trabajo de parto, el cuerpo de la mujer experimenta cambios fisiológicos significativos: contracciones uterinas rítmicas, dilatación del cuello uterino, y el descenso progresivo del bebé. En este contexto, los mecanismos del parto —como el encajamiento, el descenso, la flexión, la rotación interna, la extensión, la rotación externa y la expulsión— son esenciales para que el nacimiento ocurra de forma adecuada. Cada uno de estos pasos cumple una función específica y requiere una coordinación precisa entre el cuerpo materno y la posición fetal.

Conocer estos mecanismos no solo permite una mejor comprensión del proceso de parto, sino que también es vital para el personal médico y de enfermería, ya que facilita la identificación de posibles complicaciones y la toma de decisiones oportunas. Además, este conocimiento empodera a las mujeres, ayudándolas a participar de manera activa e informada en el proceso de nacimiento de sus hijos.

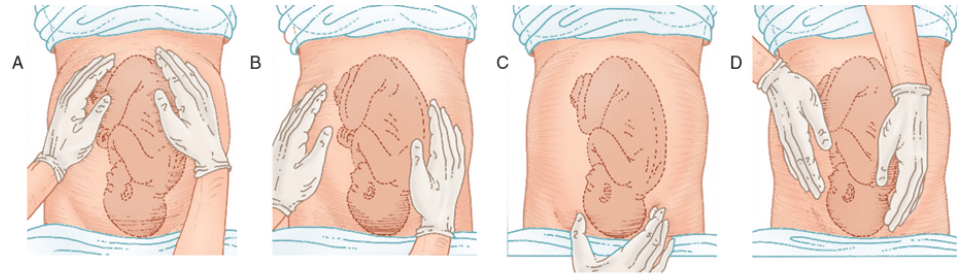
El control prenatal también desempeña un papel fundamental en la educación de la futura madre, brindándole herramientas para identificar señales de alarma y promoviendo hábitos saludables. Por ello, asistir puntualmente a las consultas prenatales no solo incrementa las posibilidades de un parto exitoso, sino que también contribuye al bienestar integral de la madre y el bebé.

CONTROL PRENATAL	
¿Qué es el control prenatal?	Conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza.
Objetivos principales del control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes.</li> <li>• Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sangrado en el embarazo, etc.</li> <li>• Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.</li> <li>• Elaboración de un plan de acción previo al parto.</li> </ul>
Frecuencia recomendada de consultas prenatales	Se recomienda una visita mensual durante el primer trimestre, luego cada 4-6 semanas hasta la semana 28 y finalmente, cada 2-3 semanas hasta la semana 36, y semanalmente a partir de la semana 36 hasta el parto. Se recomienda un mínimo de cinco consultas prenatales para embarazos de bajo riesgo.
Principales estudios y controles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vacuna recomendada para el uso en la persona embarazada, para prevenir tosferina, difteria y tétanos, es la que está formulada con toxoide tetánico, toxoide diftérico y fracción acelular de Pertussis (Tdpa) .</li> <li>• La persona embarazada debe recibir la vacuna de influenza trivalente inactivada intramuscular o intradérmica antes de la temporada de influenza siempre y cuando esté disponible.</li> <li>• La persona embarazada que han sido identificada con riesgo de infección por el virus de la hepatitis B durante el embarazo, debe ser vacunada.</li> <li>• . Es recomendable una búsqueda intencionada de enfermedad periodontal en la mujer embarazada, brindando tratamiento para la misma al establecer su diagnóstico.</li> <li>• Es recomendable la verificación de los signos vitales, incluyendo la presión arterial en todas las consultas prenatales.</li> <li>• En caso de contar con el recurso, en pacientes con factores de riesgo podrán solicitarse los marcadores bioquímicos para predicción de preeclampsia.</li> <li>• Se recomienda la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal en cada consulta prenatal.</li> <li>• En todas las embarazadas, entre las 18 y 22 SDG se debe efectuar un ultrasonido para determinar anomalías estructurales.</li> <li>• Es recomendable que, al realizar un ultrasonido en el segundo trimestre, se realice una exploración del corazón fetal obligada</li> <li>• (13 semanas): BH completa, EGO, glucosa, urocultivo, VDRI, prueba rápida de VIH, grupo sanguíneo y RH, Papanicolau y USG</li> <li>• (14-24 SDG): determinación de proteinuria por tira reactiva, USG</li> <li>• (25-28 SDG): determinación de proteinuria por tira reactiva, BH completa, glucosa o CTG75gr (de tener el recurso), aplicación de inmunoglobulina anti-D si está indicado</li> <li>• (29-34 SDG): determinación de proteinuria por tira reactiva, USG o PSS de acuerdo al criterio médico</li> <li>• (35-40 SDG): determinación de proteinuria por tira reactiva, USG o PSS de acuerdo a criterio médico</li> </ul>
Importancia de la suplementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La 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.</li> <li>• Dosis altas de ácido fólico (5 mg/día) se sugiere administrar en casos de: Embarazo previo con feto y defecto de tubo neural, Miembros de la familia con</li> </ul>

	<p>defecto de tubo neural, Uso de fármacos con efecto anti-folato (anticonvulsivos), Mutaciones genéticas en la vía metabólica del ácido fólico o sus receptores, Diabetes mellitus 1 o 2 mal controlada, Pobre ingesta de ácido fólico en la dieta, Tabaquismo activo o pasivo, Antecedente de anticonceptivos orales, Enfermedad celiaca o enfermedad de Crohn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomiendan el consumo de dos porciones de pescado y mariscos por semana para la persona embarazada como fuente de omega 3.</li> <li>• Se sugiere a la persona embarazada debe tener una ingesta de vitamina A como b-carotenos, como prevención de ceguera nocturna y anemia materna, limitando la ingesta de retinol.</li> <li>• La suplementación con hierro (30-60 mg) para la persona embarazada puede ser recomendada como una estrategia preventiva para evitar la anemia materna, iniciando idealmente a las 20 semanas de gestación.</li> <li>• Se recomienda la suplementación de calcio en pacientes con baja ingesta dietética, definida como <math>\leq 600</math> mg/día, con dosis de 1 gr/ día.</li> <li>• No dar vitamina C, D y E de forma rutinaria</li> </ul>
Señales de alarma durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea intensa</li> <li>• Acufenos</li> <li>• Visión borrosa con fosfenos</li> <li>• Nauseas y vómitos frecuentes</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales por mas de 2 horas, después de la semana 28</li> <li>• Palidez marcada</li> <li>• Inflamación de pies, manos o cara</li> <li>• Pérdida de liquido o sangre por la vagina o genitales</li> <li>• Aumento de peso <math>&gt;2</math> kilos por semana</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 SDG</li> <li>• Dolor abdominal intenso (en el vientre bajo) de cualquier intensidad</li> <li>• Disnea</li> <li>• Poliuria y disuria</li> <li>• Convulsiones</li> </ul>

Mecanismos del trabajo de parto	
<b>Definición de trabajo de parto</b>	<p>Periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta.</p> <p>El trabajo de parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que se producen al final del embarazo y que tienen como objetivo la expulsión del feto, la placenta y las membranas a través del canal vaginal.</p>
<b>Maniobras de Leopold</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Situación:</b> Longitudinal, transversa u oblicua. La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino.</li> <li>2. <b>Posición:</b> Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, se puede determinar la orientación del feto. Dorso a la derecha/ o izquierda</li> <li>3. <b>Presentación:</b> Cefálico, podálico o pélvico, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna. Libre, abocado o encajado.</li> <li>4. <b>Encajamiento:</b> cuando la cabeza ha descendido, se puede diferenciar fácilmente en la pelvis el hombro anterior mediante la tercera maniobra. Grado</li> </ol>

de encajamiento de la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna.



Source: Reichman EF: Emergency Medicine Procedures, Second Edition; www.accessemergencymedicine.com Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

## Fases del trabajo de parto

- **Fase latente:** desde el inicio de las contracciones uterinas regulares con mayor esfuerzo en el fondo uterino con la finalidad de ayudar al producto a su descenso, hasta 3 a 5 cm de dilatación del cuello uterino, empieza las modificaciones cervicales, con contracciones de duración entre 30-60 segundos cada 10 minutos. Fase latente en nulíparas (20 horas) y multíparas (14 horas).
- **Fase activa:** se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral del trabajo de parto activo. Sin embargo, la dilatación en esta fase es >5cm, con contracciones uterinas mas frecuentes con duraciones entre 45-60 segundos cada 2-3 minutos, borramiento igual o mayor al 50%, presencia de movimientos cardinales del feto. Duración en nulíparas de 8-18 horas y multíparas de 5-12 horas.
- **Expulsión:** culmina con el nacimiento del producto
- **Fase de alumbramiento:** es la tercera y última etapa del trabajo de parto, y tiene como finalidad la expulsión de la placenta y las membranas fetales tras el nacimiento del bebé. Esta fase comienza inmediatamente después del parto y suele durar entre 5 y 30 minutos, aunque puede extenderse en algunos casos sin que necesariamente indique una complicación.  
Maniobra de Brandt- Andrews: ejerce presión suprapúbica (encima del pubis) para fijar el fondo uterino y evitar que el útero descienda o se invierta. **La otra mano** tracciona suavemente el cordón umbilical hacia abajo y hacia afuera, facilitando la salida de la placenta.

## Mecanismos del parto

1. **Encajamiento:** El mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo a no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto.
2. **Descenso:** Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. (1) presión del líquido amniótico, (2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, (3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos, y (4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.
3. **Flexión:** En este movimiento se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.
4. **Rotación interna:** Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia, en dirección posterior hacia el hueco del sacro.
5. **Extensión:** Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más hacia delante, podría hacer

contacto con la porción posterior del perineo y al final atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada.

6. **Rotación externa:** En seguida, la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. Por lo tanto, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Al parecer, dicho movimiento se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.
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. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

## CONCLUSIONES:

El control prenatal es una herramienta esencial para garantizar el bienestar de la madre y del bebé durante el embarazo. A través de consultas periódicas, estudios clínicos y orientación médica, se pueden prevenir complicaciones, detectar riesgos a tiempo y promover un desarrollo fetal saludable. Además, brinda a la futura madre el acompañamiento necesario para transitar el embarazo de manera informada y segura.

Este seguimiento no solo mejora los resultados perinatales, sino que también fortalece el vínculo entre el sistema de salud y la familia, facilitando una preparación adecuada para el parto y la crianza. Por todo ello, es fundamental que todas las mujeres embarazadas accedan a un control prenatal temprano, continuo y de calidad como parte del derecho a una maternidad segura y digna.

Los mecanismos del trabajo de parto representan una secuencia de movimientos cuidadosamente coordinados que permiten el nacimiento del bebé de forma natural y segura. Cada uno de estos pasos —desde el encajamiento hasta la expulsión— refleja la adaptación del feto al canal del parto y la función activa del cuerpo materno a través de las contracciones uterinas y los cambios anatómicos del útero y el cuello uterino.

Comprender estos mecanismos es fundamental para el personal de salud, ya que permite reconocer cuándo el proceso se desarrolla normalmente y cuándo pueden surgir complicaciones que requieren intervención. Asimismo, este conocimiento es valioso para la mujer gestante, ya que le proporciona confianza y entendimiento sobre lo que ocurre durante el nacimiento de su hijo.

En conclusión, los mecanismos del trabajo de parto no solo evidencian la complejidad del proceso reproductivo humano, sino que también destacan la importancia del acompañamiento médico y emocional en uno de los momentos más trascendentales de la vida: el nacimiento.

## BIBLIOGRAFÍA:

- GPC "control prenatal con atención centrada en la paciente, actualización 2017"
- Catherine Y Spong, John Whitridge Williams y Steven L. Bloom (2009). Williams obstetricia 23 edición.