



**Adriana Itzel Gallegos Gómez**

**Arely Alejandra Aguilar Velasco**

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

**Ginecología y obstetricia**

**6to semestre**

**“B”.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se dilate y afine el cuello uterino para permitirle al feto que pueda pasar por el canal de parto. Generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

Las señales del trabajo de parto son diferentes en cada mujer, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera única e irrepetible, es decir cada parto va a ser diferente independientemente de que sean hijos de la misma madre, en muchas ocasiones se pueden ver distintas señales como; pérdida del tapón mucoso, contracciones ya sea falsas o verdaderas, ruptura del saco amniótico, dando como un llamado a que el producto está próximo a nacer, aunque va a depender de cada mujer la duración que este lleve, ya que en mujeres nulíparas o aquellas que no han tenido hijos se lleva mucho más tiempo que las mujeres multíparas o aquellas que ya han tenido uno o más hijos.

Una vez que la mujer ya inició con el trabajo de parto y llega al hospital, se deben realizar exámenes físicos en el abdomen para determinar el tamaño y posición del feto, y cuando la mujer esté lista para iniciar con la expulsión del producto hay que brindarle apoyo seguridad y confianza para que ella pueda hacerlo de la mejor posible.

El parto es crucial tanto para la madre como para el recién nacido, mediante este como ya se mencionó se permite la salida del producto al mundo, esta lleno de momentos dolorosos, incapacitantes y desgastantes, aunque este facilita el inicio de la lactancia materna, además de estimular los sentidos y sistema inmunológico del bebé, no quiere decir que no sea algo de cierta manera traumático y sensible, que conlleva mucho esfuerzo principalmente de la madre, quien será la persona que va a jugar el papel más importante en todo este proceso, es la indicada y de cierta manera valiente para afrontar esta situación las veces que decida hacerlo.

También a nivel personal marca un momento de suma importancia para la familia y sobre todo para la madre, generando un vínculo fuerte con el bebé y una experiencia tierna, noble y transformadora en la vida de cada mujer.

# CONTROL PRENATAL

¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?	OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL	CONSULTAS RECOMENDADAS	ESTUDIOS Y CONTROLES	SUPLEMENTACIÓN	VACUNACIÓN	SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de patologías.</li> <li>● Disminución del riesgo de complicaciones del binomio</li> <li>● Vigilar el crecimiento y desarrollo fetal</li> <li>● Promover la salud materna y fetal</li> <li>● Preparar a la mujer y su familia para el parto, puerperio y lactancia</li> <li>● Fortalecer la relación médico-paciente</li> </ul>	<p>Mujer embarazada de bajo riesgo reciba al menos 5 consultas prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1era consulta -&gt; entre las 6 y 8 SDG</li> <li>● 2da consulta -&gt; entre las 10 y 13.6 SDG</li> <li>● 3era consulta -&gt; entre las 16 y 18 SDG</li> <li>● 4ta consulta -&gt; a las 22 SDG</li> <li>● 5ta consulta -&gt; a las 28 SDG</li> <li>● 6ta consulta -&gt; a las 32 SDG</li> <li>● 7ma consulta -&gt; a las 36 SDG</li> <li>● 8va consulta -&gt; entre las 38 y 41 SDG</li> </ul>	<p><b>ECOGRAFÍAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ecografía morfológica: entre las semanas 18 y 22, para evaluar el desarrollo fetal, placenta, cordón umbilical y líquido amniótico</li> </ul> <p>1.- 1er trimestre para determinar edad gestacional y número de fetos</p> <p>2.- 2do trimestre para checar morfología fetal</p> <p>3.- 3er trimestre para evaluar crecimiento fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ultrasonido Doppler: entre las semanas 11 y 13 para medir pulsatilidad de las arterias uterinas.</li> </ul> <p><b>ANÁLISIS DE LABORATORIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma: diagnóstica anemia o infecciones hematológicas</li> <li>● Grupo sanguíneo y prueba de coombs: incompatibilidad Rh y planificar intervenciones preventivas o terapéuticas</li> <li>● Glucosa en ayuno: 1era consulta prenatal, si es normal se realiza curva de tolerancia a la glucosa entre las 24 y 28 SDG</li> <li>● Análisis de orina</li> </ul> <p><b>CONTROL DE PESO Y PRESIÓN ARTERIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● IMC: se calcula en la 1era consulta</li> </ul> <p>- IMC -&gt; &lt;20kg/m2: ganancia entre 12 a 18 kg</p> <p>- IMC entre 20 y 24.9kg/m2: ganancia entre 10 a 13kg</p> <p>- IMC entre 25 y 29.9kg/m2_ ganancia entre 7 y 10kg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● PAM: se mide cada consulta prenatal</li> </ul>	<p><b>ÁCIDO FÓLICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 400G/día -&gt; 3 meses antes</li> <li>● 5mg/día -&gt; embarazos con alto riesgo</li> </ul> <p><b>MULTIVITAMINICOS INDISPENSABLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vit A -&gt; alimentos: melón, huevo, espinaca, zanahoria e hígado</li> <li>● Calcio -&gt; 1g/día -&gt; px con ingesta &lt;600mg/día</li> <li>● Vit D -&gt; no esencial</li> <li>● Vit C y E -&gt; no suplementar</li> <li>● Omega 3 -&gt; 5mg/día</li> <li>● Hierro -&gt; 30-60mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trivalente -&gt; cualquier edad gestacional</li> </ul> <p>- INFLUENZA 2A 1B - IM, 1D, 0.5 dosis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tdpa -&gt; tétanos, difteria, tos ferina, poliomielitis</li> <li>● Hep B</li> </ul> <p>-1era dosis al momento elegido</p> <p>- 2da dosis a un mes de la primera</p> <p>-3era dosis a los 6 meses de la primera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● COVID-19</li> </ul> <p>En cualquier trimestre si hay comorbilidad o alto riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sangrado vaginal</li> <li>● Cólico abdominal</li> <li>● Contracciones uterinas</li> <li>● Disminución o desaparición de los síntomas de embarazo</li> <li>● Cefalea intensa</li> <li>● Acúfenos</li> <li>● Fosfenos</li> <li>● Edema de miembros inferiores</li> <li>● Expulsión de tejido o coágulos</li> </ul>

# MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

DEFINICIÓN	MANIOBRAS DE LEOPOLD	FASES DEL TRABAJO DE PARTO	MECANISMOS DEL PARTO	PAPEL DE LAS CONTRACCIONES Y PELVIS EN EL TRABAJO DE PARTO
<p>El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta</p> <p><b>TRABAJO DE PARTO:</b></p> <p>Conjunto de mecanismos fisiológicos activos y pasivos para la expulsión de un feto (&gt;22SDG), anexos y placenta por vía vaginal.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Extenuación</li> <li>Incomodidad</li> <li>Sufrimiento</li> <li>Esfuerzo corporal</li> </ul>	<p><b>1) SITUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evalúa el fondo uterino</li> <li>Identifica la estática fetal (cefálica/podálica)</li> </ul>  <p><b>2) POSICIÓN/ORIENTACIÓN FETAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se palpan todas las caras del abdomen para determinar de que lado está la columna del feto</li> <li>Respecto a la espalda del producto</li> <li>Anterior, posterior, transversa</li> </ul>  <p><b>3) PRESENTACIÓN FETAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El área sobre la sínfisis pubiana se palpa para localizar la presentación fetal y así determinar cuanto ha descendido el feto y si hay encajamiento</li> <li>Sirve para confirmar la presentación fetal</li> </ul>  <p><b>4) GRADO DE ENCAJAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una mano aplica presión sobre el fondo mientras el dedo índice y el pulgar de la otra mano palpan la parte de la presentación</li> <li>Grado de encajamiento</li> </ul> 	<p><b>LATENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La madre percibe contracciones regulares</li> <li>Termina entre los 3 y 5 cm de dilatación</li> <li>LATENTE PROLONGADA             <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracciones más presentes</li> <li>Aumento de dilatación cervical -&gt; 3-5cm</li> <li>20hrs nulíparas</li> <li>14hrs multiparas</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ACTIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contracciones uterinas + intensas, regulares y frecuentes - 45-60</li> <li>Dilatación del cuello entre 6 y 10cm</li> <li>Aparecen de 2-3cm</li> <li>Borramiento &gt;50             <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de dilatación cervical -&gt; 3-5cm</li> <li>14hrs multiparas</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ALUMBRAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etapas final del parto</li> <li>Comienza después del nacimiento del bebé</li> <li>Termina con la expulsión completa             <ul style="list-style-type: none"> <li>Placenta</li> <li>Meembranas</li> </ul> </li> <li>30-60 min - Aumento de dilatación cervical -&gt; 3-5cm</li> </ul>	<p><b>ENCAJAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El diámetro bilateral pasa a través de la entrada pélvica</li> <li>La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas</li> <li>Nulíparas             <ul style="list-style-type: none"> <li>La cabeza fetal se mueve con libertad por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto</li> </ul> </li> <li>Multiparas</li> </ul>  <p><b>DESCENSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1er requisito para el nacimiento del RN</li> <li>Nulíparas             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ocurre antes del inicio del trabajo de parto y puede no haber descenso hasta el inicio del 2do periodo</li> </ul> </li> <li>Multiparas             <ul style="list-style-type: none"> <li>Suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de 4 fuerzas                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Presión del líquido amniótico</li> <li>Presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones</li> <li>Esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos</li> <li>Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  <p><b>FLEXIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando la cabeza en descenso encuentra resistencia             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sea del                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuello uterino</li> <li>Paredes</li> <li>Piso pélvico</li> </ul> </li> <li>Se presenta normalmente una flexión de la cabeza                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Diámetro suboccipitobregmático + corto</li> <li>Diámetro occipitofrontal + largo</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  <p><b>ROTACIÓN INTERNA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual a la sínfisis del pubis             <ul style="list-style-type: none"> <li>En dirección posterior hacia el hueco del sacro</li> </ul> </li> <li>Esencial para posibilitar el trabajo de parto</li> <li>Multiparas             <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante las siguientes una o dos contracciones gira</li> </ul> </li> <li>Nulíparas             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sucedo casi siempre durante las siguientes 3-5 contracciones</li> </ul> </li> </ul>  <p><b>EXTENSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva</li> <li>Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico             <ul style="list-style-type: none"> <li>Entran en acción dos fuerzas                     <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ejercida por el útero, actúa + en dirección posterior</li> <li>2. Provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección + anterior</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  <p><b>ROTACIÓN EXTERNA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cabeza sufre restitución</li> <li>Si el occipucio se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda</li> <li>Si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha</li> <li>Dicho movimiento se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza</li> </ul>  <p><b>EXPULSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Después de la rotación externa, aparece el hombro anterior             <ul style="list-style-type: none"> <li>Bajo la sínfisis del pubis</li> <li>El perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior</li> </ul> </li> <li>Después del nacimiento de los hombros             <ul style="list-style-type: none"> <li>El resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior</li> </ul> </li> </ul> 	<p><b>CONTRACCIONES UTERINAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Son esenciales para la dilatación cervical y descenso del feto.</li> <li>1era etapa -&gt; se producen a intervalos regulares, con un intervalo de 10 min</li> <li>2da etapa -&gt; la presión intraabdominal generada por músculos abdominales y el pujo, son la fuerza + importante para la expulsión fetal</li> </ul> <p><b>El diámetro bilateral pasa a través de la entrada pélvica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas</li> </ul> <p><b>ANATOMÍA PÉLVICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La forma y dimensión afectan la progresión del trabajo de parto</li> <li>Su forma ovalada y diámetro horizontal reducido, aumenta la presión sobre el eje fetal.</li> <li>Facilita la alineación vertical de la columna vertebral fetal</li> <li>El segmento uterino superior se contrae, retrae y expulsa al feto</li> <li>El segmento inferior se distiende y adelgaza</li> </ul>

## **CONCLUSIÓN.**

El parto es un proceso de suma importancia en cada mujer, muchas lo toman de manera positiva, otras de manera obligatoria, unas han soñado con esto y otras simplemente lo hacen porque no tienen otra opción, siendo esto un proceso más complicado de lo que ya lo es. El trabajo de parto y el control prenatal son componentes esenciales en la atención integral de la salud materno-infantil. A nivel clínico, ambos procesos permiten la prevención, detección temprana y el manejo de las complicaciones que puedan surgir a lo largo de este. El control prenatal no solo sirve para monitorear el desarrollo fetal y la salud de la gestante, si no que presenta oportunidad para educar, empoderar y brindar apoyo emocional a las futuras madre. En cuanto al trabajo de parto, este representa un momento de profunda transformación física y emocional, si bien es un proceso de incertidumbre y temor, también suele ser una experiencia poderosa de empoderamiento y conexión.

Todo trabajo de parto conlleva una gran importancia para la familia y sobre todo para la gestante, quien es la que más suele padecer todo proceso que se presente durante y después del parto, como médico tienes que brindar una completa atención y cuidado a la madre, explicarle todo lo que va a sucederle conforme avanza el tiempo y la importancia que tiene el hecho de que lleve un buen control para ella y su bebé.

En conclusión sin olvidar el lado humano, reconocer la importancia médica y emocional de estos dos procesos es esencial para ofrecer una atención verdaderamente humanizada y centrada en la mujer. Invertir en un buen control de calidad y en un trabajo de parto digno, seguro y respetado no solo mejora los resultados clínicos, si no que también fortalece el autoestima materno, vínculo familiar y bienestar emocional de toda la unidad familiar. Así se atribuye no solo al nacimiento de un nuevo ser humano, si no también al florecimiento de una madre fuerte, informada y emocionalmente acompañada.

## Bibliografía

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2010). Mecanismos del trabajo de parto. En F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. C. Hauth, D. J. Rouse, & C. Y. Spong, *Williams Obstetricia*. México: MCGRAWHILL.
- GPC. (2017). *CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PACIENTE*. Obtenido de Guía de práctica clínica: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>