



**Fernando Ailton Maldonado  
Hernández**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco**

**Control prenatal y mecanismos de  
trabajo de parto**

PASIÓN POR EDUCAR

**Ginecología y obstetricia**

**6° "C"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025

## Introducción

El embarazo es el periodo que pasa desde la concepción hasta el nacimiento del bebé. Aproximadamente, el periodo gestacional abarca 9 meses, durante todo este tiempo, la mujer experimentará numerosos cambios físicos por cual deberá acudir a una serie de visitas a su institución de salud para poder llevar un control de su embarazo para prevenir complicaciones que puedan presentarse en el futuro tanto para la madre como para el producto. El control prenatal puede iniciar incluso antes de concebir el embarazo, es un conjunto de acciones que pueden tomar aquellas mujeres que desean ser madres y llevar un embarazo de calidad; se recomienda acudir a visitas periódicamente para llevar dicho control, sin embargo en estados arraigados como lo es Chiapas, México, en muchas ocasiones el acceso a los servicios de salud suele ser complicado por la distancia de una población hacia una unidad de salud, la marginación hacia las mujeres indígenas y las costumbres y tradiciones. Estos suelen ser algunos factores que impiden que se lleve a cabo un adecuado control prenatal, de esta manera aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones durante y después del embarazo. El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, por lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica integral con calidad, calidez y seguridad. Para que pueda llevarse a cabo el parto, deben ocurrir una serie de mecanismos fisiológicos que en condiciones normales darán lugar al nacimiento del bebé. El mecanismo del trabajo de parto, o trabajo de parto normal, es el proceso por el cual el bebé se mueve a través del canal de parto para ser expulsado, este proceso involucra una serie de movimientos coordinados del feto, la madre y la pelvis, guiados por contracciones uterinas y la presión abdominal. existen ciertos factores (contracciones uterinas, presión abdominal, taño y forma de la pelvis, posición fetal, tejidos blandos) que pueden llevar a la resolución del parto por vía vaginal procurando evitar resolver el parto por vía abdominal (cesárea) a menos que sea necesario. El conocimiento del mecanismo de parto normal ayuda a los profesionales de la salud a identificar posibles problemas durante el trabajo de parto y a intervenir adecuadamente.

¿Qué es el control prenatal?	Objetivos principales	Frecuencia recomendada de consultas prenatales	Principales estudios y controles	Importancia de la suplementación	Señales de alarma durante el embarazo
<p>Es un 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>	<p>-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.</p> <p>-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.</p> <p>-Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.</p>	<p>Se recomienda un mínimo de 5 consultas.</p> <p>1er consulta entre la 4ta y 6ta SDG</p> <p>8 consultas prenatales se consideran paciente bien controlada</p>	<p>A partir de la 28 SDG glucosa en ayuno <math>\geq 92</math> mg/dL se considera un factor de riesgo.</p> <p>Para el diagnóstico de DM gestacional se pide por lo menos 2 de los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Glucosa en ayuno <math>\geq 125</math> mg/dL</li> <li>-Glucosa aleatoria <math>\geq 200</math> mg/dL</li> <li>-Curva de tolerancia a la glucosa <math>\geq 200</math> mg/dL</li> <li>-Hemoglobina glicosilada <math>\geq 6.5\%</math></li> </ul> <p>Toma de presión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se recomienda metas de control con una TA <math>&lt;130/89</math> mmHg</li> <li>-TA <math>\geq 130/89</math> se considera enfermedad hipertensiva en el embarazo; establecer diagnóstico de acuerdo con estudios complementarios.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen General de Orina (EGO) entre las 12 y las 16 SDG.</li> <li>-BH</li> <li>-PFH.</li> <li>-PFR.</li> <li>-USG a partir de la 10ª SDG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementación con <b>ácido fólico</b> la dosis de <u>400 <math>\mu</math>g/día</u> disminuye un 93% el riesgo de defecto de tubo neural.</li> <li>• La dosis de <u>5 mg</u> de ácido fólico disminuye el riesgo de defecto de tubo neural un 69% en la persona embarazada y antecedente de hijas(os) con defecto de tubo neural.</li> <li>• Es recomendable la suplementación con multivitamínicos: Recomendable una dieta equilibrada proteico-energética. La vitamina A es esencial para el embarazo.</li> <li>• Consumo de dos porciones de pescado y mariscos por semana para la persona embarazada como fuente de <b>omega 3</b>.</li> <li>• Suplementación de <b>calcio</b> en pacientes con baja ingesta</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fuerte dolor de cabeza</li> <li>2. Zumbido en el oído</li> <li>3. Visión borrosa con puntos de lucecitas</li> <li>4. Náuseas y vómitos frecuentes</li> <li>5. Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semana 28.</li> <li>6. Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.</li> <li>7. Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad</li> <li>8. Dificultad para respirar</li> <li>9. Aumento en el número de micciones y molestia al orinar</li> <li>10. Convulsiones.</li> <li>11. Palidez marcada</li> <li>12. Edema de pies, manos o cara</li> <li>13. Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales</li> <li>14. Aumento de peso mayor a dos kilos por semana</li> <li>15. Fiebre.</li> </ol>

	<p>-Elaboración de un plan de acción previo al parto.</p>		<p>-Prueba de Coombs indirecta.</p> <p>-Tamiz a partir de la 16ª SDG (para saber si hay malformaciones).</p> <p>Vacunas:</p> <p>-Prevenir tosferina, difteria, tétanos con la vacuna TDPA a partir de las 20 SDG.</p> <p>-Vacunar contra virus de la Hepatitis B solo si existen factores de riesgo.</p> <p>-Vacuna de influenza trivalente inactivada intramuscular o intradérmica antes de la temporada de influenza siempre y cuando esté disponible</p>	<p>dietética, definida como <math>\leq 600</math> mg/día, con dosis de 1 gr/ día.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suplementación diaria de <b>hierro</b> de 20-80 mg. En embarazadas con hemoglobina menor a 9; hasta 200 ug de hierro al día.</li></ul>	
--	---	--	---	--	--

## Mecanismos del trabajo de parto

Definición	Maniobras de Leopold	Fases del trabajo de parto	Mecanismos del parto	Papel de las contracciones en el trabajo de parto																				
<p><b>El mecanismo del trabajo de parto, o trabajo de parto normal, es el proceso por el cual el bebé se mueve a través del canal de parto para ser expulsado</b></p>	<p>Técnicas de palpación que se emplean para examinar el abdomen de la embarazada y así mismo determinar la presentación, situación, posición y grado de encajamiento del feto.</p> <p><b>Situación:</b> Identificar que polo del feto se encuentra en el fondo uterino; puede ser cefálico o podálico</p> <p><b>Posición:</b> Permite conocer la posición fetal de acuerdo con la relación entre el dorso del feto con el lado derecho o izquierdo de la madre.</p> <p><b>Presentación:</b> Porción del feto que esta más avanza al canal del parto. Puede ser cefálica o pélvica</p> <p><b>Encajamiento:</b> Valora el grado de encajamiento.</p> <p>G1 → Alta y móvil            G2 → Insinuado            G3 → Insinuado y encajado            G4 → Muy encajado</p>	<p>1er periodo o de dilatación:</p> <p>-Fase latente: inicio de las contracciones uterinas regulares hasta &lt;5cm de dilatación: en multíparas dura de 12-14 horas y en nulíparas 18-20 horas</p> <p>-Fase activa: &gt;5 cm de dilatación hasta la dilatación completa del cuello uterino. Nulíparas: 8-18 horas y multíparas de 5-12 horas</p> <p>2do periodo o de expulsión:</p> <p>-Desde la dilatación completa del cuello uterino hasta la expulsión del producto</p> <p>3er periodo o de alumbramiento:</p> <p>-Desde la expulsión del producto hasta la salida de la</p>	<p>Para que se lleve a cabo el trabajo de parto, deben estar presentes los movimientos cardinales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encajamiento: Diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica</li> <li>2. Descenso: continuación del paso del feto a través del canal de parto</li> <li>3. Flexión: el mentón se pone en contacto con el tórax</li> <li>4. Rotación interna: occipucio gira en dirección anterior hacia la sínfisis del pubis</li> <li>5. Extensión: avance de la cabeza para su salida a través de la vulva, con la sínfisis del pubis como punto de apoyo para la</li> </ol>	<p>Existen 3 tipos de contracciones que se manifiestan durante la gestación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>INTENSIDAD</th> <th>FRECUENCIA</th> <th>PERCEPCION POR GESTANTE</th> <th>CUANDO SE MANIFIESTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De Alvarez</td> <td>Baja</td> <td>Alta (1 por minuto)</td> <td>Imperceptible</td> <td>&lt; 28 semanas</td> </tr> <tr> <td>Braxton Hicks</td> <td>Alta</td> <td>Baja (5 a 8 por hora)</td> <td>Perceptible (no dolorosa)</td> <td>&gt; 28 semanas</td> </tr> <tr> <td>Inicio de trabajo de parto</td> <td>Muy alta</td> <td>3 o 4 cada 10 minutos</td> <td>Perceptible (dolorosa)</td> <td>Embarazo a termino</td> </tr> </tbody> </table> <p>En el inicio de trabajo de parto, se presentan las contracciones verdaderas y finalizan cuando termina la expulsión de la placenta.</p> <p>En la fase 2 (preparación del trabajo de parto), el miometrio se prepara para las contracciones.</p> <p>En la fase 3 del trabajo de parto, las contracciones uterinas se vuelven regulares, de frecuencia, intensidad y duración suficientes para provocar el adelgazamiento cervical.</p> <p>Las contracción del útero ayudan a abrir el cuello uterino y a expulsar al bebé.</p>	TIPO	INTENSIDAD	FRECUENCIA	PERCEPCION POR GESTANTE	CUANDO SE MANIFIESTA	De Alvarez	Baja	Alta (1 por minuto)	Imperceptible	< 28 semanas	Braxton Hicks	Alta	Baja (5 a 8 por hora)	Perceptible (no dolorosa)	> 28 semanas	Inicio de trabajo de parto	Muy alta	3 o 4 cada 10 minutos	Perceptible (dolorosa)	Embarazo a termino
TIPO	INTENSIDAD	FRECUENCIA	PERCEPCION POR GESTANTE	CUANDO SE MANIFIESTA																				
De Alvarez	Baja	Alta (1 por minuto)	Imperceptible	< 28 semanas																				
Braxton Hicks	Alta	Baja (5 a 8 por hora)	Perceptible (no dolorosa)	> 28 semanas																				
Inicio de trabajo de parto	Muy alta	3 o 4 cada 10 minutos	Perceptible (dolorosa)	Embarazo a termino																				

		<p>placenta y membranas fetales.</p>	<p>extensión del cuello y coronación.</p> <p>6.Rotación externa: occipucio se desplaza hacia la dirección original (transversa)</p> <p>7.Expulsión: salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis y luego del hombro posterior y al final del podo podálico</p>	<p>Alumbramiento: Después de que el bebé nace, el útero continúa contrayéndose para separar y expulsar la placenta del cuerpo. Existen dos mecanismos principales: el de Schultze (más común) y el de Duncan</p> <div data-bbox="2355 574 2775 987"> <p><b>Alumbramiento</b></p> <p>Baudelocque-Schultze      Baudelocque-Duncan</p> <p>80% de los casos - El desprendimiento comienza por el <b>centro</b> - Hematoma <b>retroplacentario</b> central - Expulsada presentando <b>cara fetal</b> Después de la salida aparece el sangrado</p> <p>20% de los casos - El desprendimiento comienza por un <b>borde</b> - <b>Sangrado previo</b> a la expulsión - Expulsada presentando <b>cara materna</b></p> <p>SIF T LIGHT Med</p> </div>
--	--	--------------------------------------	--	---

## Conclusión

De acuerdo con lo revisado anteriormente podemos concluir que el control prenatal es mucho más que una serie de visitas a la unidad de salud para llevar control del embarazo, su importancia radica en la detección, vigilancia y prevención de complicaciones que pueden presentarse en el embarazo. Las necesidades de cada mujer embarazada deberían ser evaluadas desde la primera cita y revalorarse en cada una de las consultas que reciban durante el control prenatal, debido a que nuevas patologías pueden surgir en cualquier momento de la gestación. Es importante identificar y disminuir los factores de riesgo, así como los signos de alarma que se presenten durante el embarazo, tener un número adecuado de consultas, contar con el apoyo de equipo multidisciplinario y apoyo de la familia para llevar el embarazo. La Guía de Práctica Clínica sobre control prenatal nos dice que el programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada. El parto normal puede ser sinónimo de parto espontáneo, que da lugar al parto vaginal sin estimulación ni intervención. En otros contextos, este término puede extenderse para abarcar la inducción y estimulación del parto, el parto de alto riesgo, intervenciones como la episiotomía y el parto vaginal instrumental. Un conocimiento sólido de los mecanismos y el manejo del parto normal es clave para comprender cuándo intervenir clínicamente. El trabajo de parto es un proceso fisiológico que requiere la interacción armoniosa de factores físicos y emocionales. Una comprensión integral de estos mecanismos y una preparación adecuada pueden contribuir a un parto más seguro y satisfactorio para la madre y el bebé, además, factores psicológicos juegan un papel crucial. La preparación mental y emocional de la madre, como la práctica de técnicas de relajación y respiración, puede reducir el miedo y la ansiedad, dando un ambiente hormonalmente favorable para el parto.

## Bibliografía

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/profesionalesalud/gpch><http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/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>