



Historia clínica interrogatorio: primera consulta

- Edad
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos



PASIÓN POR

antecedentes gineco obstétricos:

- Edad de menarquía
- Fecha de última menstruación
- Datos de fertilidad: Embarazos, abortos y partos.
- Ciclo menstrual en días y posibles irregularidades
- Trastornos ginecológicos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Métodos anticonceptivos pasados y actuales.



antecedentes generales

- Grupo sanguíneo
- Enfermedades
- Enfermedades hereditarias
- Alergias
- Tratamientos farmacológicos actuales
- Cirugías (especialmente en abdomen o pelvis)
- Consumo de sustancias tóxicas
- Trabajo (para pacientes gestantes o con deseos de serlo)
- Hábitos nutricionales.



LABORATORIOS:

- BIOMETRIA HEMATICA
- GRUPO RH
- QUIMICA SANGUINEA
- VDRL
- Sífilis
- Prueba para descartar VIH
- Exudado vaginal



Exploración física

Aquí se listan las exploraciones básicas a realizar e incluir en la historia clínica de ginecología para pacientes de ginecología y obstetricia:

Obstetricia

- Peso materno
- Presión arterial de la paciente
- Altura uterina a partir del segundo trimestre
- Maniobras de Leopold a partir de la semana 24



Signos vitales:

- Peso
- Talla
- IMC



Ginecología

- **Exploración mamaria:** Existencia de cicatrices, coloración, edemas, nódulos, presencia de galactorrea o de adenopatías en la zona de la axila.
- **Exploración abdominal:** Para localizar presencia de distensiones, abultamientos, tumoraciones o cicatrices.
- **Exploración ginecológica:** Aquí es importante explicar en todo momento explicar a la paciente qué se va a hacer y por qué, ya que la relajación de la paciente facilita este tipo de exploración.





ultrasonido

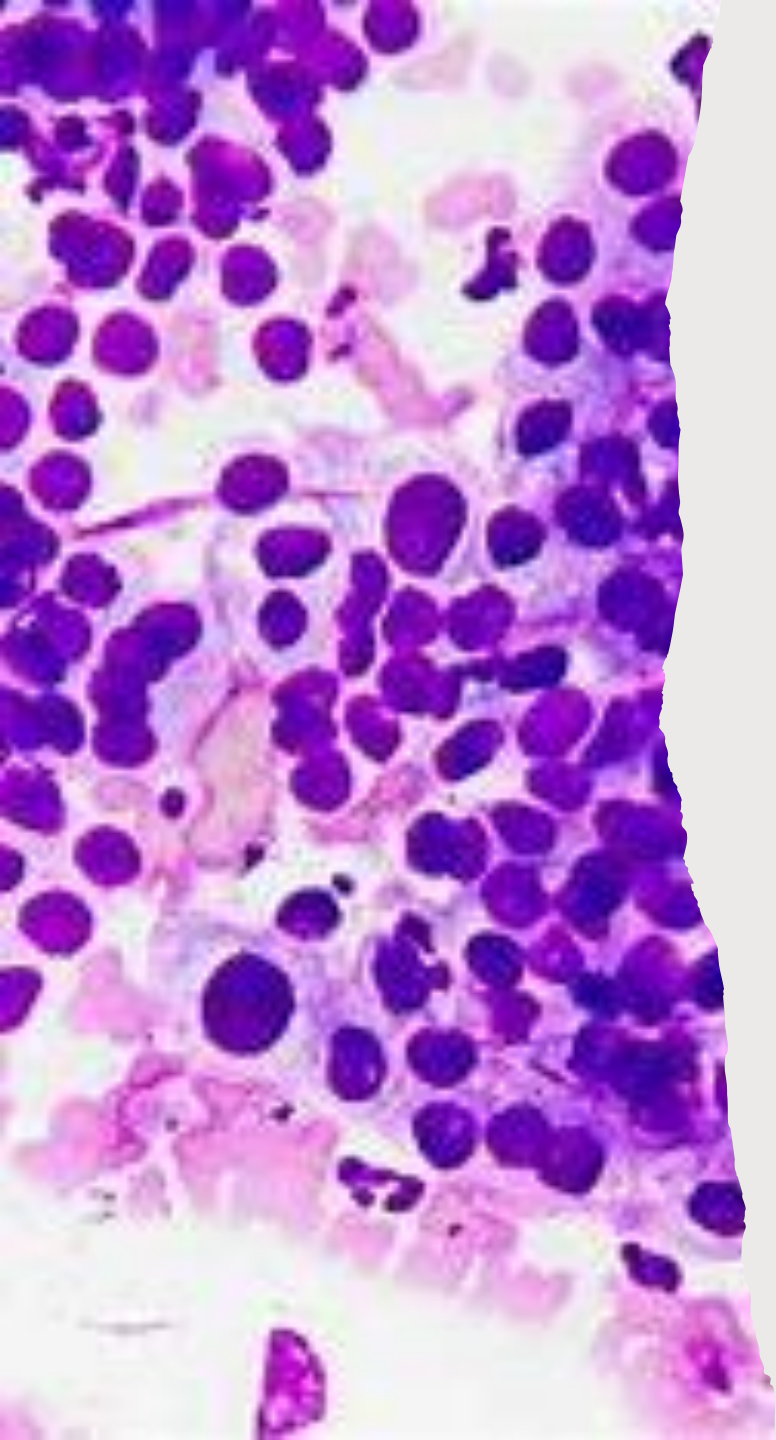
- Se sugiere realizar tres:
- Primer trimestre (confirmar embarazo, edad gestacional, embarazo múltiple)
- 18 semanas. (anomalías estructurales).
- Se aconsejan al menos 3 que coinciden con las semanas 11, 18 y 32 del embarazo.



ecografía

- El medico no esta obligado a practicar una ecografía sin una indicación especifica en la paciente de bajo riesgo, pero si ella lo solicita se le practica





Ginecología

- **Citología cervical:** Para la detección infecciones, lesiones del cérvix y conocimiento del estatus hormonal de la paciente.
- Colposcopia: Para determinar lesiones del cuello uterino
- **Biopsia ginecológica:** Solo si es necesario el diagnóstico de lesiones o estudio del endometrio en casos de esterilidad.





Control prenatal

El control prenatal 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.

OBJETIVOS

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.

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.

Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.

Elaboración de un plan de acción previo al parto.

- 5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada
- 5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada debiendo tener los siguientes apartados:
- 5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario.
- 5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos.
- 5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.
- 5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.
- 5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio) o ultrasonográfico.
- 5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:
- 5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3.
- 5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto.
- 5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto.

5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.1.9 Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional

5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa

5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto).

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g).

5.2.1.14.4 Creatinina.

5.2.1.14.5 Acido úrico.

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.

5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita.

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis. Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados.

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes, De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

	1ª consulta	15-20 sdg	24-28 sdg	29-41 sdg
ANAMNESIS				
COMPLETA	Si			
ACTUALIZADA		Si	Si	Si
EXPLORACION FISICA				
Completa	Si			
Presión arterial	Si	Si	Si	Si
Examen pélvico/cuello uterino	Si			
Altura fondo	Si	Si	Si	Si
FCF	Si	Si	Si	si

	1ª consulta	15-20 sdg	24-28 sdg	29-41 sdg
Pruebas de laboratorio				
HTO y Hb	Si		si	
Grupo y Rh	si			
Papanicolaou	Si			
Glucosa			Si	
Aneuploidia fetal	Se ofrece prueba	Se ofrece prueba		
Defectos tubo neural				
Proteína urinaria	Si			
Cultivo urinario	Si			
Rubeola	Si			
Sífilis	Si			Alto riesgo
Gonococo	Alto riesgo			Alto riesgo
Hepatitis B	Si			
VIH	Se ofrece prueba			

Control prenatal

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido establece:

Que toda paciente con embarazo de bajo riesgo, debe programar mínimamente 5 consultas prenatales; iniciando preferiblemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo el sig. calendario:

1era. Consulta

Entre las 6 – 8 semanas

2a. Consulta

Entre la 10 – 13 semanas

3a. Consulta

Entre la 16 – 18 semanas

4a. Consulta

22 semanas

5a. Consulta

28 semanas

6a. Consulta

32 semanas

7a. Consulta

36 semanas

8a. Consulta

Entre la 38 – 41 semanas

Diagnostico del embarazo



PASIÓN POR EDUCAR

Existen varios tipos de pruebas de embarazo en orina que determinan la gonadotropina coriónica humana (GCh) que se produce en el sincitiotrofoblasto de la placenta en crecimiento. Las pruebas de embarazo en orina habituales de laboratorio dan positivo alrededor de 4 sem después del primer día de la última menstruación.

Las pruebas de embarazo en sangre son más específicas y sensibles porque van dirigidas a la subunidad β de la GCh, lo que permite la detección del embarazo en una etapa inicial de la gestación, con frecuencia antes de la ausencia de la primera menstruación de la paciente.

La detección de la actividad cardiaca fetal (“tonos cardiacos fetales”) también es casi siempre un indicio de embarazo intrauterino viable. Con la fetoscopia acústica no electrónica tradicional es posible auscultar los tonos cardiacos fetales en la semana 18 a 20 de edad de gestación o después. Los equipos Doppler electrónicos que se utilizan de forma habitual pueden detectar los tonos cardiacos fetales aproximadamente a las 12 sem de gestación (si la madre es obesa pueden escucharse un poco después).

La exploración física pone de manifiesto un reblandecimiento y un agrandamiento del útero grávido al cabo de 6 sem o más de la última menstruación normal. Aproximadamente a las 12 sem de gestación, en general el útero ya se ha agrandado lo suficiente como para ser palpable en la región inferior del abdomen.

signo de Chadwick

signo de Hegar

El cansancio, la náusea/vómito y la mastalgia son síntomas asociados.

El embarazo no puede diagnosticarse tan sólo basándose en los síntomas y los signos subjetivos. Se necesita una prueba de embarazo para confirmar el diagnóstico.

1era. Consulta



En la primera consulta prenatal, idealmente en el primer trimestre, se realiza una anamnesis exhaustiva, que se centra en los embarazos anteriores, los antecedentes ginecológicos, los antecedentes personales con atención a las infecciones y los problemas médicos crónicos, la información pertinente al cribado genético y la información sobre la evolución del embarazo actual. Se lleva a cabo una exploración física completa, incluida una exploración mamaria y ginecológica, además de los análisis habituales del primer trimestre. Pueden realizarse otros análisis según esté indicado. Se dan instrucciones a la paciente con respecto a la atención prenatal, las señales de alerta de las complicaciones, la persona de contacto en caso de preguntas o problemas, la evolución esperada del embarazo, la asesoría sobre los riesgos e información sobre nutrición y servicios sociales.

La exploración ginecológica inicial también comprende una descripción de los distintos diámetros de la pelvis ósea, la evaluación del cuello del útero (incluida su longitud, consistencia, dilatación y borramiento), y el tamaño del útero (que suele expresarse en semanas), la forma, la consistencia (de firme a blanda) y la movilidad. Cuando el útero crece hasta el punto de que sale de la pelvis, la altura del fondo del útero en centímetros representa la edad de gestación del feto desde ese momento hasta aproximadamente las 36 sem.

Signos vitales

Peso
Talla
IMC



La edad de gestación es el número de semanas que han transcurrido desde la última menstruación (no la supuesta fecha de concepción) y gestación aproximada y una fecha prevista de parto (consulta prenatal). Cuestiones como el embarazo prertratamiento, además de ser el momento oportuno para la translucencia nuchal y el cribado sérico materno de la afectados por la precisión de la edad de gestación.

La regla de Naegele es una manera fácil de calcular la edad gestacional normal y reste 3 meses. En una paciente con un ciclo menstrual ideal de 28 días, la ovulación se da el día 14; por lo tanto, la edad de concepción del embarazo es en realidad 38 sem. Lo habitual es utilizar el primer día de la última menstruación como punto de partida para la edad de gestación, y se utiliza la edad de gestación, no de concepción. La duración de un embarazo “normal” es de 40 ± 2 sem, y se calcula a partir del primer día de la última menstruación normal (edad menstrual o de gestación).

Cálculo Fecha Probable de Parto (FPP)

- REGLA DE NAEGELE: $FUM^* + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses}$
- REGLA DE PINARD: $TFUM^* + 10 \text{ días} - 3 \text{ meses}$
- REGLA DE WAHL: $FUM^* + 10 \text{ días} - 3 \text{ meses}$

*FUM: primer día de la última menstruación
*TFUM: el día que terminó la última menstruación



Determinar la edad inicial de la gestación : Fecha probable de parto



La ecografía puede detectar un embarazo al comienzo de la gestación. En la ecografía abdominal, el transductor ecográfico se coloca sobre el abdomen materno y en un embarazo normal se puede visualizar el saco gestacional después de 5 a 6 sem del inicio de la última menstruación normal.

Con frecuencia, la ecografía transvaginal detecta el embarazo de 4 a 5 sem de gestación, porque la sonda se coloca en la porción posterior del fórnix de la vagina tan sólo a unos centímetros de la cavidad uterina, en comparación con la distancia relativamente mayor desde la pared abdominal a la misma ubicación.

Laboratorios



Se hacen en el primer trimestre y se repiten una a dos veces

- Biometría hemática** (HB, HTO, anemia).
- Grupo y RH** (Si la mujer fuese RH negativo. Se le realiza una Coombs indirecto. En el caso de que no estuviese sensibilizada, se recicla profilaxis anti-D a las 28 -32 semanas).
- Química sanguínea** (Solicitar glucemia al inicio y entre las 24 – 28 SDG para DG)
 - Examen general de orina (IVU, proteinuria).
 - VDLR** (Sífilis)
 - Prueba para descartar VIH
 - Exudado vaginal (Infección vaginal)
- Amniocentesis genética para las mujeres de 35 años o más.



CONSULTAS PRENATALES POSTERIORES



Materna

Cada una de las evaluaciones prenatales comprende las siguientes determinaciones:

Tensión arterial.

Peso.

Datos obtenidos de la exploración obstétrica (consistencia, borramiento, dilatación del cuello y secreciones).

Es importante determinar la tensión arterial basal y las concentraciones de proteína en orina en la primera consulta prenatal. En general, la tensión arterial disminuye al final del primer trimestre y vuelve a aumentar en el tercero. Tras 20 sem de gestación, la tensión sistólica persistentemente elevada mayor o igual a 140 mm Hg o una tensión diastólica elevada mayor o igual a 90 mm Hg sin proteinuria sugieren una hipertensión arterial gestacional

TABLA 6.3 COMPONENTES DEL AUMENTO DE PESO MEDIO EN UN EMBARAZO ÚNICO NORMAL

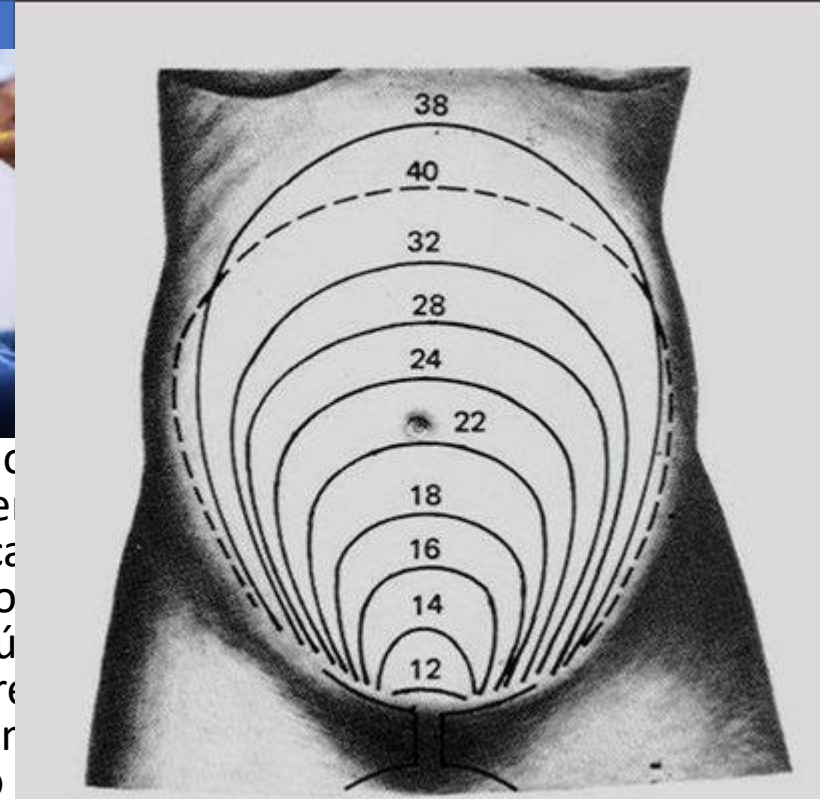
Órgano, tejido, líquido	Kilogramos (kg)	Libras (lb)
Materno		
Útero	1.0	2.2
Mamas	0.4	0.9
Sangre	1.2	2.6
Agua	1.7	3.7
Grasa	3.3	7.3
Subtotal	7.6	16.7

Fetal

Feto	3.4	7.5
Placenta	0.6	1.3
Líquido amniótico	0.8	1.8
Subtotal	4.8	10.6
Total	12.4	27.3

Datos obtenidos en la exploración física

- Los datos que hay que obtener en la exploración física son: la altura del fondo del útero, la documentación de la presentación y la determinación de la presentación del feto.
- Medición de la altura uterina Después de las 20 sem de gestación (cuando el fondo del útero está en el ombligo o cerca del ombligo en una mujer de constitución normal y con un embarazo de presentación cefálica anterior) se mide la altura uterina desde la parte superior del extremo superior del útero hasta la parte superior del extremo inferior del útero (normalmente el ombligo) hasta la parte superior del extremo inferior del útero (normalmente el ombligo).
- Hasta las 32 semanas de gestación el fondo del útero se mide desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero.



Semanas gestación (sdg)	Ubicación de la Altura del Fondo Uterino en el abdomen materno	FU (cm)
9	A nivel de la sínfisis del pubis	
12	El útero se palpa en el abdomen	
16	Se encuentra a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo.	16
22	Se palpa a nivel del ombligo.	20
28	Se palpa a tres traves de dedo por encima de la cicatriz umbilical.	24
32	Aumenta tres traves de dedo.	28
36	Alcanza el borde costal y se detiene su crecimiento.	32
40	El crecimiento es muy lento y ya no es perceptible. En primigestas tiende a disminuir por encajamiento del feto y en multigestas puede mantenerse.	30 - 32

de un útero anatómicamente

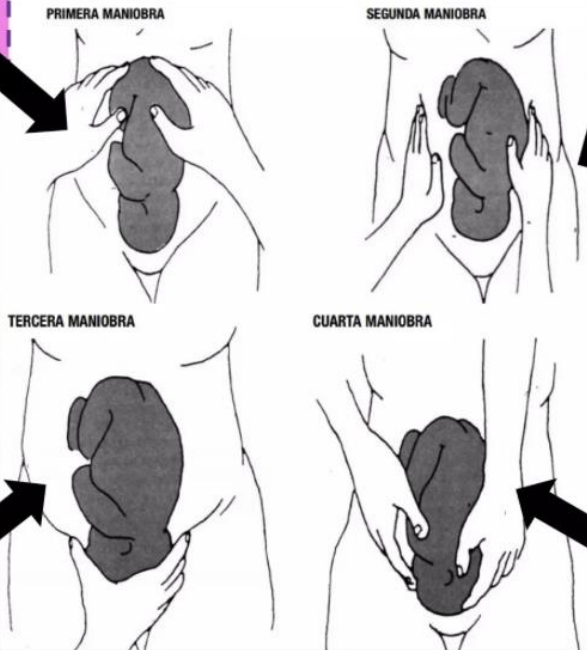
ión se aproxima a la altura elvis y se acomoda debajo que la medición de la altura

Datos obtenidos en la exploración física

- Frecuencia cardiaca por auscultación de la faja umbilical (lpm), con frecuencia normal es de 110 a 160
- El latido cardiaco se ausculta mediante el estetoscopio
- Doppler: _ 10S
- Eco con transductor de onda B
- Presentación fetal se determina mediante las maniobras de Leopold

Primera maniobra:
Palpando el fondo uterino, se puede identificar el polo fetal que lo ocupa. Cefalico o podalico

MANIOBRAS DE LEOPOLD



Segunda maniobra:
Palpando los flancos se determina la situación fetal, longitudinal o transversal y la posición fetal derecha o izquierda, en relación del dorso fetal.

Tercer maniobra:
Permite palpar la altura de la presentación (cefalico que es el comun o pelvico) , si esta libre, abocado o encajado , se confirma con la maniobra de peloteo (redondo , regular, rebote)

Cuarta maniobra :
permite corroborar el tipo de encajamiento

...ulta mediante
...ormal es de 110 a 160

...arse mediante las

Pruebas de detección



Además de los análisis habituales que se realizan en la primera consulta prenatal, se efectúan pruebas adicionales a intervalos específicos durante todo el embarazo para detectar anomalías congénitas y otras afecciones.

Existen varias opciones para el cribado de aneuploidías fetales (número anómalo de cromosomas) como las trisomías 18 y 21, las opciones de cribado son las siguientes:

Cribado en el primer trimestre (10 a 13 sem de gestación) que comprende el cribado sérico de la proteína plasmática A asociada con el embarazo (PAPP-A, pregnancy-associated plasma protein A) y la GCh β asociadas con el embarazo, y una ecografía de la translucencia nucal y, en algunos casos, la presencia o ausencia del hueso nasal fetal. El ADN fetal libre que incluye la evaluación de segmentos cortos de ADN fetal en la sangre materna, se utiliza para detectar varios trastornos fetales.

Cribado en el segundo trimestre comprende la prueba de triple cribado o de detección triple (α fetoproteína en suero materno [AFPSM], estriol y GCh) o cuádruple (alfa fetoproteína sérica materna, hGC, estriol no conjugado e inhibina A dimérica). La prueba cuádruple tiene mayor sensibilidad para detectar el síndrome de Down. El cribado combinado en el primer y el segundo trimestres, comprende todas las pruebas de detección del primer trimestre que se han mencionado, además de la prueba de PAPP-A y la prueba de detección cuádruple, con o sin una ecografía para las ACTN, en el segundo trimestre. El tamizaje ultrasonográfico y el ADN fetal libre también pueden incluirse

El ultrasonido de segundo trimestre incluye la identificación de anomalías estructurales mayores y marcadores ecográficos menores (o suaves) de aneuploidía, junto con la biometría basal.

Pruebas de detección



El cribado en el tercer trimestre incluye lo siguiente: Cribado de diabetes mellitus gestacional que puede consistir en la prueba de sobrecarga de glucosa, una prueba de detección para la diabetes gestacional que se realiza entre las 24 y 28 sem, a menos que la mujer embarazada sea obesa, padezca un trastorno del metabolismo de la glucosa, diabetes o historial médico previo de diabetes mellitus gestacional. En estos casos, la prueba debe realizarse en la primera visita; si no se diagnostica diabetes gestacional, la prueba de sobrecarga de glucosa debe repetirse a las 24 a 28 sem de gestación. Si el resultado de la prueba es anómalo, se realiza una prueba de tolerancia oral a la glucosa para confirmar la diabetes.

Además, la determinación de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito se repiten en el tercer trimestre.

Repetir el cribado en el tercer trimestre para detectar anticuerpos en pacientes Rh negativas.

Se recomienda repetir el cribado de VIH y otras ITS en todas las pacientes de acuerdo con los factores de riesgo e incluso es obligatorio en ciertas regiones.

El cribado universal del estreptococo del grupo B se lleva a cabo a las 35 a 37 sem de gestación, y el tratamiento se basa en los resultados del cultivo.

CUADRO I. RECOMENDACIONES DE VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO

Vacuna	Recomendada	Contraindicada	Condición Especial
Tétanos-difteria (Td)	X		
Tétanos-difteria-Pertusis (Tdpa)	X		X
Influenza (TIV)	X		
Influenza (LAIV)		X	
Hepatitis B	X		
Hepatitis A			X
Sarampión-Rubeola-		X	
Sarampión-Rubeola-Parotiditis		X	
Rubeola		X	
Varicela		X	
Polio (IVP)			X
Neumococo			X
Meningococo			X
Rabia			X

Fuente: CDC. Guidelines for Vaccinating Pregnant Woman, May-2007

Educación

