



Liliana Pérez López

Dr. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadro informativo

Ginecología

Sexto semestre

Grupo "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo de 2025.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa crucial en la vida de la mujer, caracterizada por múltiples cambios fisiológicos, emocionales y sociales que requieren un seguimiento médico cuidadoso, el control prenatal es el conjunto de acciones médicas, educativas y psicosociales destinadas a asegurar la salud de la madre y del feto durante el embarazo, su manejo adecuado permite identificar riesgos, prevenir complicaciones y garantizar un desarrollo fetal óptimo, las consultas prenatales deben iniciarse tan pronto como se confirme el embarazo y continuar periódicamente durante toda la gestación, en cada control se realiza una evaluación integral que incluye la toma de signos vitales, control del peso materno, medición de altura uterina, monitoreo del crecimiento fetal y pruebas complementarias como análisis de sangre, orina y ecografías, asimismo, se brinda información sobre alimentación, actividad física, signos de alarma y preparación para el parto.

El trabajo de parto, por su parte, es el proceso fisiológico mediante el cual finaliza el embarazo con la expulsión del feto, la placenta y las membranas, se divide en tres etapas: la dilatación del cuello uterino, la expulsión del bebé y el alumbramiento, este proceso debe ser atendido por personal capacitado, que asegure un manejo humanizado, respetuoso y seguro, tanto para la madre como para el recién nacido, es fundamental reconocer los signos del inicio del trabajo de parto, como las contracciones regulares, la ruptura de membranas y el descenso del feto, el control continuo del bienestar fetal, el manejo del dolor, la vigilancia de los tiempos de evolución y la detección de posibles complicaciones son esenciales para una atención de calidad.

En conjunto, el control prenatal y la adecuada atención del trabajo de parto son pilares fundamentales en la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, garantizar una atención integral, oportuna y basada en evidencia es una responsabilidad compartida entre los profesionales de salud y las instituciones que conforman los sistemas sanitarios.

CONTROL PRENATAL

Mayo 27

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

Tamizaje	HTA, Diabetes gestacional, Sifilis, IVU, VIH, Malnutrición y carencia de vitaminas
Evaluación de factores de riesgo	Cicatriz uterina, presentación anormal, RPM, preeclampsia y sangrado
Prevención	Tetános neonatal, anemia y ITS del VIH
Planeación	Elaborar un plan previo al parto

Citas prenatales

Se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo CINCO consultas prenatales (la NOM calendariza 8 consultas), iniciando preferentemente en la semana 8. Idealmente debería haber una consulta preconcepcional.

Visita inicial <14 SDG

- HC, completa y evaluación de riesgos
- Evaluar edad gestacional por FUM
- Evaluar TA, IMC y peso materno
- USG a las 11 a 13-.6 SDG para descartar aneuploidia
- Si existe Hiperémesis gravídica à descartar mola y enfermedad tiroidea

LABORATORIOS

- BH
- Grupo y Rh
- Glucosa
- EGO
- Urocultivo
- Papanicolaou
- Exudado Vaginal
- VDRL
- Prueba rápida VIH

2° Visita 14-24 SDG

- Revisión FCF
- Altura uterina
- Evaluar TA, IMC y peso materno
- USG a las 18-22 SDG estructural

MOVIMIENTOS FETALES

- ✓ **Madre: 14 – 16 SDG**
- ✓ **Médico: 20 SDG**

LABORATORIOS

- Evaluar proteinuria en tira reactiva de orina

3° Visita 24-28 SDG

- Revisión FCF
- Altura uterina
- Movimientos fetales
- Evaluar TA, IMC y peso materno
- Aplicar inmunoglobulina anti-D en pacientes Rh negativas no sensibilizadas a partir de las 28 SDG.

LABORATORIOS

- Evaluar proteinuria en tira reactiva de orina
- BH
- Curva de tolerancia a la glucosa en pacientes con FR

4° Visita 28-34 SDG

- Revisión FCF
- Altura uterina
- Movimientos fetales
- Evaluar TA, IMC y peso materno
- USG obstétrico para evaluación de crecimiento
- PSS de acuerdo a criterios

LABORATORIOS

- Determinar proteinuria en tira reactiva de orina

5° Visita 34-41 SDG

- Revisión FCF
- Altura uterina
- Movimientos fetales
- Evaluar TA, IMC y peso materno
- USG obstétrico para evaluación de crecimiento
- PSS de acuerdo a criterios

LABORATORIOS

- Determinar proteinuria en tira reactiva de orina

Ultrasonidos

La NOM-007 indica que al menos se deben realizar 3 USG

1º Trimestre Genético	11.0 – 13.6 SDG
2º Trimestre Estructural o Anatómico	18 – 22 SDDG
3º Trimestre	29 – 30 SDG

Signos de alarma

- Fuerte dolor de cabeza
- Zumbido en el oído
- Visión borrosa con puntos de lucecitas
- Náuseas y vómitos frecuentes (PIRIDOXINA NO RECOMENDADA) SOLO CAMBIAR DIETA
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 2 horas, después de la semana 28
- Palidez marcada
- Hinchazón de pies, manos o cara
- Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales



- Aumento de peso mayor a dos kilos por semana
- Fiebre
- Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.
- Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad
- Dificultad para respirar
- Aumento en el número de micciones y molestia al orinar
- Convulsiones

Ácido Fólico

Dosis ESTÁNDAR: 400 ug/día en toda embarazada

- Idealmente iniciar 3 meses previos al embarazo
- Disminuye en 94% riesgo de defecto del tubo neural

Dosis ALTA de Ácido Fólico: 5mg/día

- Antecedente de hijos con defecto de tubo neural (espina bífida)
- Uso de fármacos con efecto anti-folato (anticonvulsivos)
- Mutaciones genéticas en la vía metabólica del ácido fólico
- DM Tipo 1 o 2 mal controlada
- Pobre ingesta de ácido fólico en la dieta
- Tabaquismo activo o pasivo
- Anticonceptivos orales
- Enfermedad celiaca o de Crohn

Dieta

Llevar una dieta equilibrada proteico-energética, debido a que puede ayudar a reducir la prevalencia de bajo peso al nacer.

Consumo de dos porciones de pescado y mariscos por semana para la persona embarazada como fuente de **omega 3**.

Reducción de la ingesta de **cafeína** a menos de 2 tazas diarias (<182mg/día). (su metabolismo es más lento en el embarazo y se ha detectado en cordón, orina y plasma de los fetos).

Beber **alcohol** es perjudicial y no existe una dosis que se pueda considerar segura.

Ingesta de **vitamina A** como B-carotenos (abundante en hígado), como prevención de ceguera nocturna y anemia materna, limitando la ingesta de retinol. (limitado a **700 microgramos**, una dosis mayor es teratogénica).

No se recomienda la suplementación con vitamina C, D, E de forma rutinaria en todas las pacientes con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones durante la gestación.

El incremento de la ingesta de **agua** puede ayudar a combatir el estreñimiento. (**PROMEDIO 3.1 LITROS/día**)

Hierro

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 y hasta el 3º mes post parto.

PUNTO DE CORTE ANEMIA EMBARAZO = <11 g/dL

Calcio

Se recomienda la suplementación de calcio en pacientes con baja ingesta dietética, definida como ≤ 600 mg/día, con dosis de 1 gr/ día

Ejercicio

- El ejercicio regular en la persona con embarazo de bajo riesgo es benéfico ya que aumenta el sentido de bienestar materno.
- Se recomienda veinte minutos de ejercicio ligero (caminar, nadar o deportes de bajo impacto) por 5 días a la semana y no ha sido asociado con riesgos ni efectos adversos durante el embarazo.

Vacunación

1º consulta prenatal: investigar sobre aplicación de vacunas para rubeola, varicela, hepatitis B, influenza, tetanos y tosferina.

- Las únicas contraindicadas son Virus Vivos Atenuados (SRP)

Tdpa

- Previene tosferina, difteria y tétanos (formulada con toxoide tetánico, diftérico y fracción acelular de Pertussis).
- Aplicar después de las 20 SDG.
- La embarazada con antecedente de VACUNA Td puede recibir la vacuna Tdpa sin tomar en consideración el tiempo transcurrido desde que recibió la Td.

INFLUENZA

La influenza en la persona embarazada incrementa el riesgo de complicaciones como: aumento de la frecuencia cardíaca y consumo de oxígeno, hipovolemia, además de una capacidad pulmonar disminuida y cambios en la función inmunológica.

Trivalente Activada

Deben recibir la vacuna de influenza trivalente inactivada intramuscular o intradérmica antes de la temporada de influenza siempre y cuando este disponible.

HEPATITIS B

La transmisión vertical ocurre en el 90% de los embarazos de las madres con HBcAG positivo y cerca del 10% de los que tiene positivo el antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg). Deberán ser vacunadas embarazadas en riesgo (múltiples parejas, ETS, uso de drogas IV, HBsAg positivo en pareja).

Inmunización Anti-D

PRIMERA DOSIS ANTI-D	NUEVA DOSIS ANTI-D
1º trimestre	28 SDG
13 – 20 SDG	34 SDG
Después de 28 SDG	Primeras 72 horas postparto

Ganancia de peso

ESTADO NUTRICIONAL	GANANCIA RECOMENDADA	CÁLCULO DE CALORÍAS Kg/día
Bajo Peso (IMC <19.98)	12– 18 Kg	40
Peso Normal (IMC 19.9 – 24.9)	11 – 16.5 Kg	30
Sobrepeso (IMC 25 – 29.9)	7 – 11.5	22 – 25
Obesidad (IMC >30)	5 – 9 Kg	12 - 14

Riesgo para DG

NIVEL DE RIESGO	CRITERIOS
RIESGO BAJO	Todas las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo étnico con bajo riesgo para diabetes ▪ Sin diabetes conocida en familiares de 1º grado ▪ Edad menor a 25 años ▪ IMC normal antes del embarazo ▪ Peso normal al nacer ▪ Sin antecedente de alteración de metabolismo glucosa ▪ Sin historia de pobres resultados obstétricos
RIESGO INTERMEDIO	Que no cumplan con los otros criterios
RIESGO ALTO	Cualquiera de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obesidad severa ▪ Diabetes en familiares de 1º grado ▪ Antecedente de alteración de metabolismo glucosa ▪ Intolerancia a la glucosa ▪ SOP ▪ Antecedente de productos macrosómicos (>4Kg) ▪ Glucosuria

DG steps 1

GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNO	>92 mg/dL
GLUCOSA PLASMÁTICA 1 hora post carga	>180 mg/dL
GLUCOSA PLASMÁTICA 2 horas post carga	>153 mg/dL
Diagnóstico DMG → con 1 valor alterados	

DG steps 2

CONDICIÓN	VALORES COUSTAN/CARPENTER	VALORES NDDG
GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNO	95 mg/dL	105 mg/dL
GLUCOSA PLASMÁTICA 1 hora post carga	180 mg/dL	190 mg/dL
GLUCOSA PLASMÁTICA 2 horas post carga	155 mg/dL	165 mg/dL
GLUCOSA PLASMÁTICA 3 horas post carga	140 mg/dL	145 mg/dL

Diagnóstico DMG → con 2 valor alterados

Trabajo de parto

Mayo 27

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

Fases TP

1ra fase TP

- **VIGILANCIA CONTRACCIONES UTERINAS**

Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 – 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno y sin presionar.

- **VIGILANCIA FRECUENCIA CARDIACA FETAL**

La FCF debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 – 45 minutos (NOM-007)

La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 – 160 lpm. (se eleva durante contracciones)

Los valores fuera de ese rango se consideran signos de hipoxia leve.

1. FASE LATENTE

La Fase Latente del Trabajo de Parto se considera cuando hay:

- CONTRACCIONES UTERINAS DOLOROSAS
- MODIFICACIONES CERVICALES
- DILATACIÓN CERVICAL MENOR A 5 CM (es decir, igual a 4.99 cm o menor a 4.9 cm, 5, ya es fase activa).

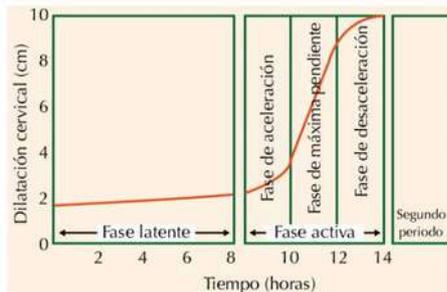
DURACIÓN

Nulíparas	18 horas (20)
Múltiparas	12 horas (14)

Primigesta
20 horas

Multigesta
14 horas

Avanzan aproximadamente 1 cm / hora y al alcanzar los 6 cm el progreso es marcadamente rápido (este criterio tiene una gran variabilidad por lo que no se debe usar como referencia para diagnosticar la falta de progresión del trabajo de parto).



Indicaciones de Ingreso En Fase Latente:

- ✓ Sangrado Transvaginal
- ✓ **Dolor**
- ✓ Contracciones Uterinas
- ✓ Cefalea
- ✓ **Acufenos y Fosfenos**
- ✓ Edema en cara
- ✓ Líquido Transvaginal (**Ruptura de Membranas**)
- ✓ Disminución de movimientos Fetales

Si no cumple con alguno de estos datos de alarma, la vigilancia debe ser domiciliaria hasta la Fase Activa

2. FASE ACTIVA

La fase activa del trabajo de parto es un periodo que se caracteriza por:

- Actividad Uterina REGULAR Y DOLOROSA
- Modificaciones Cervicales (>50% borramiento)
- Inicia a partir de los 5 cm de dilatación y termina con la dilatación cervical completa.

1. FASE DE ACELERACIÓN: 4 – 6 cm
2. FASE DE PENDIENTE MÁXIMA: 6 – 8 cm
3. FASE DE DESACELERACIÓN: 9 – 10 cm (1 hora en múltipara – 3 horas en nulípara)

DURACIÓN

Nulíparas	12 horas (ritmo 1.2 cm/hora)
Múltipara	6 horas (ritmo 1.5 cm/ hora)

• **INGRESO A SALA DE LABOR**

El ingreso a sala de labor en embarazo normoevolutivo deberá considerarse a partir de la fase activa del trabajo de parto.

- **REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO:** no es recomendado de manera rutinaria en quien desencadenó TP espontáneo.

- **MONITORIZACIÓN FCF:** auscultar con Pinar o monitor fetal Doppler en el momento del ingreso a labor o Vigilar intermitentemente cada 15 – 30 minutos durante 1 minuto inmediatamente después de la contracción (GPC) o cada 60 minutos (NOM 007)

- **TACTO VAGINAL:** realizarlo cada 4 horas durante la fase activa. Cada 2 horas según Curso.

Medidas generales:

- Favorecer la micción espontánea al momento del ingreso a sala de labor.
- Ingesta de líquidos claros.
- Libre movilidad y adopción de la postura vertical.
- FCF cada 15 -30 min (GPC) o cada 30-45 min (NOM)
- Tacto Vaginal cada 4 horas (GPC).

NO RECOMENDADO

- Uso de Oxitocina para abreviar TP
- Amniotomía para abreviar TP
- Uso de antiespasmódicos para abreviar TP

2da fase TP

Este periodo inicia desde la dilatación completa (10 cm) y concluye con la expulsión del feto.

Duración promedio: 60 minutos (máximo 2 horas)

• INGRESO A SALA DE EXPULSIÓN

Se deberá ingresar cuando se encuentre en el 2º periodo de trabajo de parto (dilatación completa) y una vez que se haya evaluado el descenso adecuado de la presentación.

- **MONITORIZACIÓN FCF:** auscultar intermitentemente al término de una contracción, cada 5 minutos.

- MEDIDAS GENERALES:

- Libre adopción de postura durante el nacimiento
- Prevenir trauma perineal con aplicación de compresas calientes y protección manual de periné.

- **NO RECOMENDADO**

- Uso de Episiotomía rutinaria en mujeres sanas.
- Dirigir el pujo materno durante el 2º periodo
- Maniobra de Kristeller (ruptura uterina y daño al RN)

- **PROTECCIÓN DEL PERINÉ**

Masaje perineal disminuye los desgarrros

- Maniobra de Ritgen
- Maniobra Finlandesa

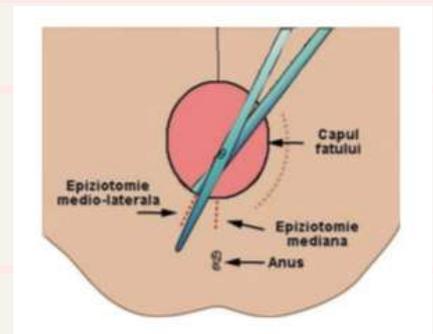


- **EPISIOTOMÍA**

1ra elección: TÉCNICA MEDIOLATERAL
Deberá realizarse bajo analgesia adecuada

Valorar en:

- Periné corto
- Presentación de cara, compuesta o de nalgas
- Distocia de hombros
- Necesidad de parto instrumentado



Mecanismos TP

1. ENCAJAMIENTO

- El primer movimiento cardinal comienza cuando la cabeza fetal se engancha en la pelvis, al nivel de las espinas isquiáticas.

2. DESCENSO

- El feto desciende por el canal vaginal
- La velocidad del descenso fetal es asistida por las contracciones uterinas de la madre.

3. FLEXIÓN (diámetro SOB)

4. ROTACIÓN INTERNA

- Después del descenso, la cabeza fetal golpea la resistencia de la pelvis ósea y se flexiona ligeramente hacia el pecho. Luego rota internamente unos 45 grados para navegar debajo de la sínfisis púbica.

5. EXTENSIÓN

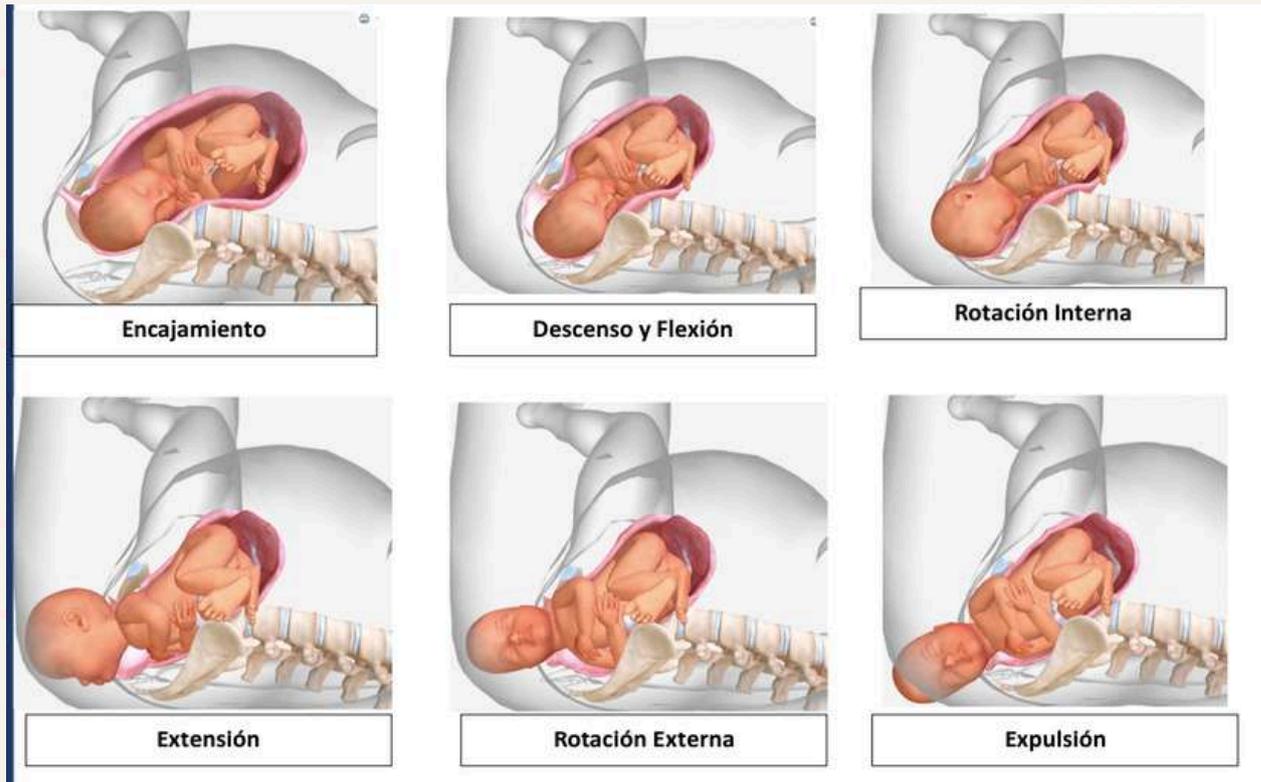
- La parte posterior de la cabeza se extiende hacia arriba en respuesta a la presión de la sínfisis púbica.

6. ROTACIÓN EXTERNA (restitución)

- Después de extenderse, la cabeza gira externamente 45 grados para volver a una posición cómoda.

7. EXPULSIÓN (nacimiento de hombro anterior y posterior)

- Los procesos de extensión y rotación externa permiten que la cabeza emerja completamente de la vagina y que se libere el feto.



3ra fase TP

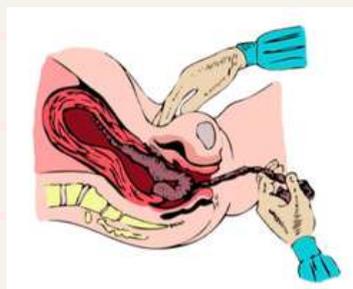
Comienza desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical hasta la expulsión de la placenta (ALUMBRAMIENTO).

Duración promedio de 30 minutos..

- **MANIOBRA DE SCHULTZE**

Se presenta cuando la superficie fetal o el amnios es la primera en aparecer durante el alumbramiento de la placenta. Durante el alumbramiento de la placenta, se forma un hematoma retro placentario que empuja el centro hacia adelante y hace que se separe y se acerque a la cavidad uterina.

Con el efecto de este hematoma, la placenta desciende, arrastra las membranas y las desprende de su inserción uterina, por consiguiente, el amnios brillante que cubre la superficie placentaria se presenta en la vulva. La sangre del sitio placentario se vierte en el saco membranoso y no escapa al exterior hasta después de la expulsión de la placenta.



- **MANIOBRA DE DUNCAN**

Se presenta cuando la superficie materna es la primera en aparecer durante el alumbramiento de la placenta.

La placenta se separa primero por la periferia, como resultado, la sangre acumulada entre las membranas y la pared uterina escapa por la vagina, en esta circunstancia la placenta desciende por los lados y la superficie materna es la primera en aparecer

Maniobras de Leopold

- **SITUACIÓN**

Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre:

- Longitudinal
- Transverso
- Oblicuo



- **POSICIÓN**

Dorso a la derecha/izquierda relación que existe entre el dorso del feto y el flanco de la madre.



- **PRESENTACIÓN**

Determina la altura de presentación: libre, abocado o encajado. Corrobora la presentación: cefálico, pélvico o transverso.



- **ENCAJAMIENTO**

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

Alta y inmóvil, insinuada o fija, encajada y muy encajada.



Conclusión

La atención prenatal y el manejo adecuado del trabajo de parto son pilares fundamentales en la medicina materno-infantil, ambos procesos permiten garantizar el bienestar de la madre y del feto, reduciendo significativamente los riesgos durante el embarazo, el parto y el puerperio, en el contexto clínico, una vigilancia oportuna del embarazo permite detectar factores de riesgo como hipertensión gestacional, diabetes, infecciones, malformaciones congénitas y condiciones que podrían derivar en complicaciones graves si no se tratan a tiempo, de igual forma, una atención calificada durante el trabajo de parto disminuye la probabilidad de desenlaces adversos como hemorragias postparto, distocia, sufrimiento fetal agudo y muerte materna o neonatal.

Para el estudiante de medicina, comprender y dominar estos temas es de suma importancia, ya que forman parte del núcleo esencial de la práctica médica general y especializada, el conocimiento del control prenatal no solo implica saber qué pruebas se deben realizar, sino también aprender a interpretar sus resultados, establecer diagnósticos tempranos y ofrecer educación y acompañamiento emocional a la gestante, por su parte, el estudio del trabajo de parto desarrolla en el estudiante habilidades clínicas, capacidad de respuesta en situaciones de urgencia y sensibilidad hacia el trato humanizado de la mujer en una etapa crítica y transformadora de su vida. Además, una formación sólida en estos temas permite prevenir complicaciones comunes como el parto prematuro, infecciones perinatales, bajo peso al nacer y problemas respiratorios en el recién nacido, también promueve una cultura de salud preventiva, enfoque integral y atención centrada en la paciente, valores esenciales en la medicina moderna.

En conclusión, el conocimiento del control prenatal y del trabajo de parto no solo contribuye a salvar vidas, sino que forma parte del compromiso ético y profesional que debe asumir todo estudiante de medicina, estudiar estos temas con profundidad y responsabilidad es fundamental para convertirse en un médico capaz, empático y preparado para enfrentar los desafíos de la salud materna con seguridad y competencia.

Bibliografía

- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2011). *Williams Obstetricia* (23.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.