

**CESAR FELIPE MORALES SOLIS**

**DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR  
VELASCO**

**GINECOLOGIA**

**PLATAFORMA**

**6**

PASIÓN POR EDUCAR

**A**

## INTRODUCCIÓN

Brindar una atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio es fundamental para prevenir riesgos en la salud de la madre y del bebé. En este sentido, dos pilares claves de la atención obstétrica son: conocer los mecanismos del trabajo de parto y aplicar correctamente el control prenatal. Aunque cada uno tiene su momento específico, se complementan en el seguimiento y cuidado del proceso de embarazo y nacimiento.

El trabajo de parto es un fenómeno biológico complejo que implica adaptaciones tanto en el cuerpo de la madre como en el del feto para lograr el nacimiento. Este proceso sigue una secuencia de etapas que permiten evaluar su avance y detectar posibles complicaciones cuando no sigue el curso esperado. Comprender los llamados "movimientos cardinales" o mecanismos del parto permite a los profesionales valorar si el bebé progresa correctamente a través del canal del parto y tomar decisiones oportunas si se detectan anomalías.

Por otro lado, el control prenatal es una herramienta esencial de la medicina preventiva en obstetricia. Según la Guía de Práctica Clínica (GPC), su objetivo es anticiparse a factores de riesgo, detectar enfermedades y asegurar el bienestar de la madre y del feto. Iniciar este control desde las primeras semanas del embarazo permite una vigilancia médica continua, lo que reduce significativamente complicaciones graves. Algunas ventajas de este seguimiento incluyen la identificación de problemas como la hipertensión del embarazo, la diabetes gestacional, infecciones, problemas del crecimiento fetal y malformaciones. También prepara a la madre emocional y físicamente para el parto.

Existe una relación directa entre el control prenatal y los mecanismos del parto. La información obtenida durante las consultas prenatales — como la posición del bebé, el tamaño fetal o el estado del cuello uterino— permite anticipar si el parto podrá desarrollarse de manera natural o si se necesitará intervención médica. Además, una madre bien orientada durante el embarazo puede reconocer con mayor facilidad cuándo inicia el trabajo de parto, entender lo que ocurre en cada etapa

y participar de forma activa en el proceso. Todo esto contribuye a una experiencia de parto más segura y con mejor trato.

En conclusión, el conocimiento de los movimientos del trabajo de parto junto con un control prenatal bien llevado no solo son elementos fundamentales en la práctica médica, sino que forman una estrategia integral para cuidar la salud materna y perinatal. Juntos permiten ofrecer una atención basada en evidencia, más humana, y con mejores resultados para la madre y el recién nacido.

## DESARROLLO

El trabajo de parto está compuesto por una serie de eventos fisiológicos que se desarrollan de forma coordinada y que culminan con el nacimiento del bebé. Para que este proceso evolucione de forma adecuada, deben considerarse distintos factores anatómicos y funcionales. Es esencial que el personal de salud comprenda con claridad tanto las fases como los mecanismos que forman parte del parto, también conocidos como movimientos cardinales.

Estos mecanismos representan los ajustes que el feto realiza a medida que avanza por el canal del parto. Entre ellos se encuentran: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Cada movimiento refleja una adaptación entre el cuerpo fetal, la estructura ósea de la pelvis materna, las contracciones uterinas y la resistencia del canal vaginal. Estas etapas no solo son parte del proceso físico del nacimiento, sino también señales que permiten evaluar si el parto progresa adecuadamente.

El trabajo de parto se divide generalmente en tres fases, cada una con funciones específicas y con implicaciones importantes para la salud tanto de la madre como del feto. La primera es la fase de dilatación, en la que el cuello uterino se acorta y se abre para permitir el paso del bebé. Su avance se mide observando la dilatación cervical y la posición del bebé. La segunda fase es la expulsiva, momento en el cual se produce el nacimiento del bebé con ayuda de las contracciones uterinas y el esfuerzo materno. Finalmente, la fase de alumbramiento consiste en la expulsión de la placenta, y debe ser vigilada de cerca por el riesgo de hemorragia posparto. El monitoreo de cada fase es indispensable, ya que cualquier alteración en la duración o en el progreso puede

señalar problemas como contracciones ineficaces, desproporción entre el bebé y la pelvis, o incluso sufrimiento fetal.

Desde una perspectiva clínica, es fundamental observar de manera continua cómo se desarrollan estos mecanismos y fases, siempre considerando el bienestar de la madre y del feto. Por ejemplo, en el libro Williams de Obstetricia se menciona que si la rotación interna del feto no se realiza correctamente, puede presentarse una posición occipitosacra persistente, lo cual dificulta el parto y puede requerir el uso de fórceps o una cesárea. También se menciona que un grado excesivo de asinclitismo —cuando la cabeza del bebé se presenta desviada respecto al eje de la pelvis— puede provocar una desproporción cefalopélvica, incluso si la pelvis parece normal al examen físico. Estas situaciones muestran la importancia de una valoración clínica precisa y completa, considerando la dinámica de las contracciones, el avance del bebé y su respuesta dentro del útero.

En este contexto, el control prenatal cobra un papel decisivo para preparar a la paciente y al equipo médico ante cualquier posible dificultad. La GPC de atención prenatal establece que las consultas durante el embarazo permiten detectar problemas como preeclampsia, diabetes gestacional y retraso del crecimiento fetal. Además, estas consultas permiten anticipar dificultades relacionadas con el parto mediante la evaluación del tamaño del bebé, la posición fetal, el estado del cuello uterino y otros indicadores. Esto permite planificar si se espera un parto vaginal o si se recomienda una cesárea programada.

Por otro lado, el control prenatal ofrece una valiosa oportunidad para informar a la futura madre sobre las señales que indican el inicio del trabajo de parto, como contracciones regulares, ruptura de membranas o cambios en el cuello uterino. Una paciente informada puede acudir a tiempo a los servicios médicos y facilitar una atención más rápida y adecuada, mejorando el pronóstico para ella y su bebé.

La relación entre el control prenatal y el desarrollo del trabajo de parto es esencial para brindar una atención obstétrica segura y eficaz. Muchas decisiones médicas que se toman durante el parto —como acelerar el proceso con oxitocina, realizar un parto instrumentado o practicar una cesárea— se basan en la información obtenida durante el

embarazo. Por ejemplo, si en las consultas prenatales se diagnostica una presentación podálica (bebé de nalgas), se puede planear una cesárea y evitar riesgos. De igual forma, si se detecta una pelvis estrecha mediante estudios de imagen o tacto vaginal, el equipo médico puede prepararse con antelación para intervenir quirúrgicamente si es necesario.

Además, contar con un control prenatal bien estructurado facilita el monitoreo durante el trabajo de parto, ya que se dispone de información completa de la paciente: antecedentes médicos, resultados de laboratorio, ultrasonidos, estudios de tamizaje, entre otros. Tal como lo indica la GPC, el control prenatal debe entenderse no como una intervención aislada, sino como parte de un proceso continuo que comienza en el embarazo, pasa por el parto y se extiende hasta el posparto, siempre buscando la seguridad del binomio madre-hijo.

## CONCLUSIÓN

Tener un conocimiento sólido de los mecanismos del trabajo de parto y sus diferentes fases, junto con una implementación rigurosa del control prenatal, constituye la base de una atención obstétrica moderna, efectiva y segura. El trabajo de parto implica una serie de movimientos mecánicos cuidadosamente coordinados por parte del feto —como el encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión— que permiten su paso por la pelvis materna y su nacimiento. Cada una de las tres fases del parto (dilatación, expulsiva y alumbramiento) requiere vigilancia constante, ya que cualquier alteración puede poner en riesgo la salud tanto de la madre como del recién nacido.

Existe una relación constante entre cómo se desarrollan estos movimientos y el estado clínico del binomio materno-fetal. Por ejemplo, alteraciones en alguno de los movimientos cardinales pueden indicar desproporción entre el feto y la pelvis, una presentación anómala o sufrimiento fetal, lo que exige al personal médico intervenir oportunamente. Por ello, la observación detallada y el juicio clínico son imprescindibles para ofrecer una atención de calidad.

Al mismo tiempo, el control prenatal, respaldado por las recomendaciones de la GPC, es una herramienta fundamental para

prever y evitar complicaciones. Durante estas consultas no solo se detectan factores de riesgo obstétrico, sino que también se educa a la madre, se fomenta el autocuidado y se le prepara para afrontar con seguridad el trabajo de parto y el puerperio. El control prenatal permite anticiparse a muchas eventualidades, lo que contribuye a reducir complicaciones y a facilitar decisiones clínicas fundamentadas en la información reunida durante el embarazo.

La adecuada comprensión de los mecanismos del parto y el cumplimiento de un seguimiento prenatal completo son herramientas inseparables que fortalecen la seguridad materna y perinatal. Esta combinación de conocimientos y prácticas médicas basadas en evidencia mejora los resultados del parto, disminuye los riesgos y promueve una experiencia más humana y respetuosa para la mujer. Apostar por esta integración es clave para elevar la calidad de los servicios de salud y garantizar una atención centrada en la dignidad y bienestar del binomio madre-hijo.

Trabajo de Parto	
	CONTENIDO
DEFINICION	Proceso fisiológico mediante el cual, a través de contracciones uterinas regulares, se produce el borramiento y dilatación del cuello uterino, permitiendo la progresión del feto a través del canal del parto y culminando con la expulsión del feto y la placenta.
Maniobras de Leopold	<p>Situación: Relación entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal del útero.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo: Determinar qué parte del feto ocupa el fondo uterino (polo cefálico o podálico).</li> <li>- Técnica: Con ambas manos, se palpa el fondo uterino para identificar una estructura redonda, dura y móvil (cabeza) o una masa irregular y blanda (nalgas).</li> <li>- Utilidad: Establece la situación fetal (longitudinal, transversa u oblicua) y ayuda a identificar la presentación.</li> </ul>
	<p>Posición: Relación de una porción elegida de la parte de presentación fetal hacia el lado derecho o izquierdo del canal del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo: Identificar la ubicación del dorso fetal y las extremidades.</li> <li>- Técnica: Se colocan las manos a ambos lados del abdomen materno, aplicando presión suave para localizar una superficie lisa y resistente (dorso) en un lado y partes pequeñas e irregulares (extremidades) en el otro.</li> </ul>
	<p>Presentación: Parte fetal que descansa sobre el canal vaginal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo: Determinar qué parte del feto se encuentra sobre la pelvis materna y su grado de movilidad.</li> <li>- Técnica: Con una mano, se palpa justo por encima de la sínfisis del pubis para identificar una masa redonda y dura (cabeza) o masa irregular (nalgas).</li> </ul>
Fases del trabajo de parto	<p>Actitud: Forma en que se encuentran las diversas partes del feto entre sí durante su permanencia intrauterina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo: Evaluar el grado de encajamiento y la flexión de la cabeza.</li> <li>- Técnica: Frente a los pies de la paciente, se aplican las yemas de los dedos en ambos lados del abdomen inferior para determinar la prominencia de la frente o el occipucio.</li> <li>- Utilidad: Establece el grado de encajamiento y la actitud fetal (flexión o extensión de la cabeza), información importante para anticipar posibles dificultades en el parto.</li> </ul>
	<p>Fase latente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio del trabajo de parto con contracciones uterinas regulares que causan borramiento cervical y dilatación progresiva hasta 3-4 cm.</li> <li>- Contracciones: Irregulares al principio, de intensidad leve a moderada.</li> <li>- Frecuencia y duración: Cada 5-10 minutos, duración de 30-45 segundos.</li> <li>- Duración estimada: Nulíparas hasta 20 horas / Multiparas hasta 14 horas.</li> </ul>
	<p>Fase activa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienza cuando la dilatación alcanza aproximadamente &gt;5 cm y progresa rápidamente hasta 10 cm.</li> <li>- Contracciones: Cada 2-3 minutos, duración de 45-60 segundos.</li> <li>- Duración estimada: Nulíparas: 8-18 horas / Multiparas: hasta 12 horas.</li> </ul>
Mecanismo del parto	<p>Fase de alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicia tras la expulsión del feto y finaliza con la salida de la placenta y membranas fetales.</li> <li>- Duración: Generalmente entre 5-10 minutos, máximo de 30-60 minutos. Si excede los 60 minutos, se considera alumbramiento retenido.</li> <li>- Contracciones: Ayudan al desprendimiento placentario y controlan la hemorragia mediante la contracción del miometrio.</li> </ul>
	<p>Encajamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso del diámetro biparietal de la cabeza fetal en la pelvis.</li> <li>- Marca el inicio del mecanismo del parto.</li> <li>- La cabeza puede estar "flotante" si aún no se ha encajado.</li> <li>- Puede presentarse asinclitismo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anterior (sutura hacia promontorio sacro)</li> <li>- Posterior (sutura hacia sínfisis púbica)</li> </ul> </li> <li>- El asinclitismo excesivo puede causar desproporción cefalopélvica.</li> </ul>
	<p>Descenso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimiento progresivo de la cabeza fetal a través del canal del parto.</li> <li>- Se produce por: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Presión del líquido amniótico</li> <li>2) Contracciones uterinas desde el fondo</li> <li>3) Esfuerzos abdominales maternos</li> <li>4) Extensión y alineación del cuerpo fetal</li> </ol> </li> <li>- Puede evaluarse mediante el plano de Hodge o el nivel de estación fetal.</li> </ul>
	<p>Flexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclina la cabeza fetal al encontrar resistencia.</li> <li>- Contacto con cuello uterino, paredes pélvicas o suelo pélvico.</li> <li>- El mentón se aproxima al tórax, facilitando la adaptación al canal del parto.</li> </ul>
	<p>Rotación interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giro del occipucio para alinearse con el diámetro anteroposterior de la pelvis.</li> <li>- Movimiento esencial para el descenso final de la cabeza.</li> </ul>
	<p>Extensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimiento hacia atrás de la cabeza fetal al pasar por la vulva.</li> <li>- La cabeza deja de descender en línea recta y empieza a extenderse.</li> <li>- Interacción de fuerzas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posterior: contracción uterina</li> <li>- Anterior: resistencia del suelo pélvico y sínfisis púbica</li> </ul> </li> <li>- Nacimiento de la cabeza: secuencia: occipucio → bregma → frente → nariz → boca → mentón.</li> <li>- El mentón finaliza sobre el ano materno.</li> </ul>
	<p>Rotación externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giro de la cabeza fetal tras su salida, para alinearse con los hombros y el cuerpo.</li> <li>- Prepara la salida de los hombros: uno se posiciona detrás de la sínfisis, el otro hacia el sacro.</li> </ul>
Función de las contracciones uterinas	<p>Expulsión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salida completa del cuerpo fetal.</li> <li>- Inicia con la aparición del hombro anterior bajo la sínfisis púbica.</li> <li>- El periné se distiende con el paso del hombro posterior.</li> <li>- El resto del cuerpo sale con facilidad.</li> </ul>
	<p>Contracciones uterinas son esenciales para facilitar el progreso del trabajo de parto. Son rítmicas, involuntarias y dolorosas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilatación y borramiento cervical: Provocan adelgazamiento (borramiento) y apertura (dilatación) del cuello uterino.</li> <li>- Descenso fetal: Facilitan el movimiento del feto a través del canal del parto.</li> <li>- Fuerza expulsiva: Generan la presión necesaria para la expulsión fetal.</li> </ul>
Función de la pelvis materna	<p>Reflejo de Ferguson: El estiramiento del cuello uterino estimula la liberación de oxitocina, intensificando las contracciones. Producción de prostaglandinas: Durante el trabajo de parto se incrementa su síntesis en el miometrio y la decidua, potenciando la actividad contráctil uterina.</p>
	<p>La pelvis materna constituye el canal óseo por el cual debe pasar el feto durante el parto. Su anatomía es crucial en la evolución del trabajo de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación pélvica: Permite valorar dimensiones y forma de la pelvis para anticipar complicaciones.</li> <li>- Canal de parto: Proporciona la vía anatómica para el descenso y expulsión fetal.</li> <li>- Adaptación fetal: La configuración pélvica influye en la posición y presentación fetal.</li> <li>- Resistencia y soporte: Estructuras óseas y ligamentosas ofrecen resistencia, permitiendo flexión, rotación y extensión del feto para su nacimiento.</li> </ul>

# CONTROL PRENATAL

## Contenido

### ¿Qué es el control prenatal?

Son visitas programadas de la embarazada con personal de salud, para vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.

### Objetivos del Control Prenatal

**Vigilancia del embarazo:** Monitorear de manera continua el desarrollo y evolución del embarazo, que incluye la evaluación del crecimiento fetal, signos vitales maternos, presencia de síntomas anormales y signos clínicos.

**Detección de riesgos y complicaciones:** Identificar factores de riesgo que puedan poner en peligro la salud de la madre o del feto, como hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infecciones o malformaciones congénitas.

**Prevención y tratamiento de enfermedades:** Aplicar estrategias preventivas como la suplementación con ácido fólico y hierro, vacunación (ej. antitetánica, influenza y COVID-19), así como tratamiento oportuno de enfermedades como ITU, sífilis, VIH.

**Promoción de la salud materna y fetal:** Fomentar estilos de vida saludables mediante orientación sobre alimentación balanceada, higiene personal, actividad física adecuada y control de emociones.

**Preparación para el parto y puerperio:** Informar a la embarazada sobre las etapas del trabajo de parto, técnicas de relajación, señales de alarma, opciones de parto, cuidados posparto, lactancia materna y cuidados del recién nacido.

**Garantizar un parto seguro y humanizado:** Asegurar que el parto ocurra en una unidad médica con personal capacitado y en condiciones adecuadas. Sin violencia obstétrica.

### Número de consultas prenatales

8 Consultas Prenatales:  
1ª consulta: 6–8 SDG  
2ª consulta: 10–13.6 SDG  
3ª consulta: 16–18 SDG  
4ª consulta: 22 SDG  
5ª consulta: 28 SDG  
6ª consulta: 32 SDG  
7ª consulta: 36 SDG  
8ª consulta: 38–41 SDG

Mínimo Recomendado: 5 consultas

### Principales estudios y controles

**Biometría hemática (BH):** Detectar anemia y otras alteraciones hematológicas. Se realiza en la primera consulta prenatal como evaluación basal. Se repite en el segundo trimestre (24–28 semanas) y, según indicación clínica, en el tercer trimestre.  
– Hb < 11 g/dL en cualquier momento del embarazo:  
– Anemia leve: Hb 10–10.9 g/dL  
– Anemia moderada: Hb 7–9.9 g/dL  
– Anemia grave: Hb < 7 g/dL

**Grupo sanguíneo y Rh:** Identificar incompatibilidad materno-fetal y riesgo de isoimmunización. Se realiza en la 1ª consulta.

**Curva de tolerancia a la glucosa:** Diagnóstico de diabetes gestacional. Se realiza entre las semanas 24–28. En mujeres con factores de riesgo se puede realizar antes.  
– Valores diagnósticos de diabetes gestacional (GPC):  
– Glucosa en ayuno  $\geq$  92 mg/dL (5.1 mmol/L)  
– Glucosa a la 1 hora  $\geq$  180 mg/dL (10.0 mmol/L)  
– Glucosa a las 2 horas  $\geq$  153 mg/dL (8.5 mmol/L)  
– Si uno o más valores están alterados, se confirma el diagnóstico.

**EGO:** Detectar infección de vías urinarias (ITU) o proteinuria. Se realiza en la primera consulta prenatal. Se recomienda repetir durante el embarazo en casos de riesgo o síntomas sugestivos.  
– Leucocitos y bacterias: indican infección urinaria  
– Nitritos +: sugieren bacteriuria significativa  
– Proteinuria: proteína  $\geq$  300 mg/24 h o tira reactiva  $\geq$  +1 puede indicar preeclampsia

**Prueba de hepatitis B (HBsAg):** En la 1ª consulta.

**Ultrasonido obstétrico:** Confirmar edad gestacional, detectar malformaciones y evaluar crecimiento fetal.  
– 4 SDG: frecuencia cardíaca fetal por USG  
– 16–18 SDG: frecuencia cardíaca fetal con Doppler  
– En el tercer trimestre si hay indicación médica.

**Monitoreo de presión arterial:** En todas las consultas. En embarazos con riesgo o diagnóstico previo, monitoreo domiciliario 2 veces al día, 3–4 veces por semana.  
– Hipertensión gestacional: Presión  $\geq$  140/90 mmHg después de la semana 20, sin proteinuria.  
– Preeclampsia: Presión  $\geq$  140/90 mmHg en dos ocasiones con intervalo  $\geq$  4 h + uno o más de los siguientes:  
– Proteinuria  $\geq$  300 mg/24 h  
– Trombocitopenia  
– Disfunción hepática  
– Insuficiencia renal  
– Edema pulmonar  
– Síntomas neurológicos

**Medición de peso y talla / IMC:** Evaluar estado nutricional y ganancia ponderal.  
– 1ª interpretación según IMC:  
– <18.5 (Bajo peso): ganancia >12.5 kg. Riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.  
– 18.5–24.9 (Normal): ganancia entre 10–11.5 kg.  
– 25–29.9 (Sobrepeso): ganancia entre 7–10 kg. Riesgo de preeclampsia, macrosomía y cesárea.  
–  $\geq$ 30 (Obesidad): ganancia entre 5–9 kg. Mayor riesgo perinatal. Se recomienda vigilancia, dieta y actividad física controlada.

### Suplementación

– Ácido fólico:  
– 400  $\mu$ g/día en todas las mujeres entre 1–5 meses.  
– 5 mg/día en defectos del tubo neural, uso de anticonvulsivos, tabaquismo.  
– Hierro: 30–60 mg a partir de la semana 20 para prevenir anemia.  
– Vitamina A: Prevenir anemia por déficit de vitamina A y ceguera nocturna.  
– Vitamina D: 600 UI/día en mujeres con riesgo de diabetes gestacional.  
– Calcio: 1–1.5 g/día vía oral si hay riesgo de preeclampsia o calambres.  
– Omega 3: 500–1000 mg/día desde las 12 SDG para reducir riesgo de parto pretérmino o prematuro.

### Señales de alarma durante el embarazo

– Sangrado vaginal: Amenaza de aborto, placenta previa, desprendimiento de placenta.  
– Dolor abdominal intenso y persistente: Contracciones prematuras, ruptura uterina, preeclampsia.  
– Disminución o ausencia de movimientos fetales después de la semana 20: Sufrimiento fetal, muerte fetal.  
– Cefalea intensa, visión borrosa, fosfenos o destellos: Preeclampsia o hipertensión.  
– Estemla súbito en cara y pies: Preeclampsia o síndrome hipertensivo.  
– Dolor al orinar o flujo vaginal anormal (olor, color, cantidad): Infección urinaria o vaginal.  
– Contracciones antes de la semana 37 (más de 4 en una hora): Trabajo de parto prematuro.  
– Convulsiones o pérdida de conciencia: Eclampsia o trastorno neurológico grave.  
– Hiperémesis gravídica: Desequilibrio electrolítico, deshidratación.

BIBLIOGRAFIA:

**1. Libro "Williams. Obstetricia" (25ª edición):**

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2019). *Williams. Obstetricia* (25ª ed.). McGraw-Hill Interamericana. ISBN: 9781456267360.

**2. Guía de Práctica Clínica de México sobre atención prenatal:**

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente*. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>.