



Universidad del sureste  
Campos Comitán  
Medicina Humana

# “Control prenatal”

Salud materna y fetal

Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo  
7° “A”

Dra. Dulce Melissa Meza López

# Control prenatal: salud materna y fetal.



---

EL CONTROL PRENATAL ES EL CONJUNTO DE CONSULTAS MÉDICAS Y EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL EMBARZO, PERMITE DETECTAR Y PREVENIR COMPLICACIONES TANTO COMO LA MADRE Y EL BEBÉ.

---

## ÍNDICE

1. Introducción .....	2
2. Abstract.....	3
3. Metodología .....	4
4. Hipótesis .....	4
5. Planteamiento del problema .....	5
6. Justificación .....	5
7. Objetivos .....	5
7.1 General .....	5
7.2 Específico .....	6
8. Marco conceptual .....	6
9. Marco teórico .....	9
10. Conclusiones .....	31
11. Bibliografía .....	32
12. Caso clínico .....	34

## 1. INTRODUCCIÓN

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos médicos que se realizan durante el embarazo para garantizar la salud del bienestar de la madre y el feto este control es esencial para cualquier problema o complicación que pueda surgir durante el embarazo y tomar medidas preventivas o correctivas para evitar daños a la salud de la madre y el bebé que constituye una de las intervenciones más relevantes en el ámbito de la salud materno-infantil, al ser una herramienta esencial para promover embarazos saludables, prevenir complicaciones y reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Este conjunto de acciones médicas, educativas y psicosociales tiene como propósito vigilar el desarrollo del embarazo, identificar oportunamente factores de riesgo, diagnosticar enfermedades preexistentes o adquiridas durante la gestación, así como fomentar hábitos saludables en la madre que favorezcan el bienestar tanto de ella como del feto.

En México, la atención del embarazo está regulada por la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016**, la cual establece los criterios mínimos obligatorios para la atención médica de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio, así como del recién nacido. Esta norma garantiza un enfoque integral, preventivo, con perspectiva de derechos humanos y con énfasis en la equidad, para asegurar que cada mujer reciba una atención digna, respetuosa, oportuna y de calidad, sin importar su condición social, económica o cultural.

El control prenatal consta de varios componentes, incluyendo según la GPC:

- Visitas médicas regulares: la madre debe visitar al médico regularmente para realizar un seguimiento de su salud y la del feto.
- Análisis de sangre: se realizan análisis de sangre para detectar problemas como la anemia y la diabetes gestacional.

Ultrasonido: se realizan ultrasonidos para monitorear el crecimiento y el desarrollo del feto.

- Exámenes físicos: se realizan exámenes físicos para detectar problemas como la hipertensión y la preeclampsia. Control prenatal con atención centrada en la paciente.

Así mismo, el control prenatal contempla la promoción de la salud mental materna, la orientación sobre los signos de alarma, el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo, y la preparación para el parto y la lactancia. En embarazos de alto riesgo, se enfatiza la

referencia oportuna a unidades especializadas, con el fin de garantizar la atención médica adecuada que disminuya la posibilidad de desenlaces adversos.

La atención prenatal basada en la NOM-007 también incorpora un enfoque intercultural, lo cual es especialmente relevante en un país con gran diversidad étnica y sociocultural. Esto implica reconocer y respetar las prácticas tradicionales del embarazo, siempre y cuando no pongan en riesgo la salud de la madre ni del producto. El siguiente trabajo tiene como objetivo promover la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud y la de su hijo, mediante la información y el acompañamiento durante todo el proceso gestacional.

## **2. ABSTRACT**

Prenatal care is a set of medical actions and procedures performed during pregnancy to ensure the health and well-being of the mother and fetus. This control is essential for any problem or complication that may arise during pregnancy and to take preventive or corrective measures to avoid damage to the health of the mother and baby. It constitutes one of the most relevant interventions in the field of maternal and child health, being an essential tool to promote healthy pregnancies, prevent complications and reduce maternal and perinatal morbidity and mortality. This set of medical, educational and psychosocial actions aims to monitor the development of the pregnancy, timely identify risk factors, diagnose pre-existing or acquired diseases during pregnancy, as well as promote healthy habits in the mother that favor the well-being of both her and the fetus.

In Mexico, pregnancy care is regulated by the Mexican Official Standard NOM-007-SSA2-2016, which establishes the mandatory minimum criteria for medical care for women during pregnancy, childbirth, the postpartum period, and for newborns. This standard guarantees a comprehensive, preventive approach with a human rights perspective and an emphasis on equity, ensuring that every woman receives dignified, respectful, timely, and quality care, regardless of her social, economic, or cultural status.

Prenatal care consists of several components, including, according to the CPG:

- Regular medical visits: The mother should visit the doctor regularly to monitor her health and that of her fetus.

- Blood tests: Blood tests are performed to detect problems such as anemia and gestational diabetes.
- Ultrasound: Ultrasounds are performed to monitor fetal growth and development.
- Physical exams: Physical exams are performed to detect problems such as hypertension and preeclampsia. Prenatal care with patient-centered care.

Prenatal care also includes promoting maternal mental health, providing guidance on warning signs, strengthening the mother-child bond, and preparing for childbirth and breastfeeding. In high-risk pregnancies, timely referral to specialized units is emphasized to ensure appropriate medical care that reduces the possibility of adverse outcomes.

Prenatal care based on NOM-007 also incorporates an intercultural approach, which is especially relevant in a country with great ethnic and sociocultural diversity. This entails recognizing and respecting traditional pregnancy practices, as long as they do not endanger the health of the mother or the fetus. The following work aims to promote women's active participation in decision-making regarding their own health and that of their child, through information and support throughout the pregnancy process.

### **3. METODOLOGÍA**

Se realizará una investigación del control prenatal debido a la importancia en relación a la salud materno fetal, abarcando temas como la definición e introducción, epidemiología, factores de riesgo, orientación para acudir a un centro de salud, diagnóstico y tratamiento de patologías materno-fetales en las primeras semanas de gestación. Nos basamos en el método cuantitativo para establecer resultados más exactos partiendo de la revisión bibliográfica para llegar a los resultados de nuestros objetivos.

### **4. HIPÓTESIS**

La realización regular de control prenatal en embarazadas reduce significativamente el riesgo durante el embarazo, parto y climaterio, en comparación con las mujeres que no reciben control prenatal regular, ya que existe en México un alto índice de muertes maternas y el mal acceso al manejo del mismo.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El control prenatal es un componente fundamental del cuidado de la salud durante el embarazo, ya que permite detectar y prevenir complicaciones, maternas y fetales. Sin embargo, a pesar de su importancia existen brechas en la implementación y seguimiento del control prenatal en muchos estados del país, lo que puede llevar a un aumento en la morbilidad y mortalidad materno fetal (Control prenatal con atención centrada en la paciente.

En particular, en Chiapas, se ha observado que un porcentaje significativo de mujeres embarazadas de bajo riesgo, no recibe control prenatal adecuado, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones, maternas y fetales.

## **6. JUSTIFICACIÓN**

La investigación sobre el control prenatal es fundamental para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y sus bebés. Es esencial para detectar problemas y complicaciones durante el embarazo, lo que puede ayudar a prevenir daños a la salud de la madre y el feto. La investigación sobre el control prenatal puede ayudar a identificar las mejores prácticas y estrategias para mejorar la salud materna y fetal.

La mortalidad materna y fetal es un problema grave en muchos estados y , mediante esta investigación se podrá identificar las causas de la mortalidad materno-fetal y a desarrollar estrategias para reducirla. Durante 2022, en México se registraron 25 041 muertes fetales. Estas corresponden a una tasa nacional de 72.2 por cada 100 mil mujeres en edad fértil. 83.2 % de las muertes fetales ocurrió antes del parto, 15.8 % sucedió durante el parto y en 1.0 % de los casos no se especificó el momento 53.0 % (13 270) de los casos de muertes fetales correspondió al sexo masculino y 37.0 % (9 270), al femenino. En 10.0 % de los casos no se especificó el sexo. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022)

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 General:**

Evaluar la efectividad del control prenatal en la prevención de complicaciones maternas y perinatales en mujeres embarazadas.

## **7.2 Específicos:**

- Conocer la importancia del control prenatal
- Manejo de las complicaciones de las mujeres y productos que no recibieron control prenatal
- Determinar la relación entre la frecuencia y la calidad del control prenatal
- Incidencia de complicaciones materna (hipertensión arterial y diabetes gestacional) y perinatales (parto prematuro y bajo peso al nacer) en embarazadas que asisten al centro de salud.

## **8. MARCO CONCEPTUAL**

1. Aborto: Expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.(10)

2. Atención prenatal: Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata.(10)

3. Consulta: la frecuencia de las consultas de control prenatal puede variar dependiendo de la semana de gestación y de las condiciones individuales de la mujer embarazada.(3)

4. consulta inicial: Entre las 6-8 semanas de gestación para confirmar el embarazo y establecer el plan de cuidado prenatal.(3)

5. Consultas adicionales: Pueden ser necesarias si se presentan complicaciones o si la mujer embarazada tiene factores de riesgo.(3)

6. Consulta de seguimiento: Alrededor de las 10-12 semanas de gestación para evaluar el progreso del embarazo y realizar pruebas de detección.

Segundo trimestre (semana 13 a 26) Consulta cada 4-6 semanas: Entre las semanas 13-16 para monitorear el crecimiento fetal y la salud materna.

Tercer trimestre (semana 27-40) consultas cada 2-4 semanas: Entre las semanas 27-36 para evaluar el crecimiento fetal y salud materna. Consulta cada 1-2 semanas después de las 36 sdg para monitorear el bienestar fetal y preparar para el parto.(3)

7. Defunción, fallecimiento o muerte fetal: Pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (10)

8. Diabetes gestacional (DG): Alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.(10)

9. Ecografía: La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para producir imágenes del interior del cuerpo, los propósitos son confirmar el embarazo, determinar edad gestacional, evaluar crecimiento fetal, detectar anomalías, verificar posición fetal. Es una herramienta valiosa en el cuidado prenatal, permitiendo a los profesionales de la salud monitorear el crecimiento y desarrollo del feto y detectar posibles problemas de salud.(3)

10. Edad gestacional: Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.(10)

11. Embarazo: Periodo que comienza con la fecundación del óvulo por un espermatozoide y termina con el parto, se caracteriza por cambios fisiológicos y anatómicos en la mujer para apoyar el crecimiento y desarrollo del feto. Durante este período, el óvulo fecundado se implanta en el útero y se desarrolla en un embrión y luego en un feto. El embarazo normalmente dura alrededor de 40 semanas, contando desde la FUM.(3)

12. Feto: Producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.(10)

13. Gestación: primer trimestre., Desde la fecundación hasta la semana 12 de gestación. segundo trimestre., Desde la semana 13 hasta la semana 26 de gestación. Tercer trimestre., Desde la semana 27 hasta el momento del parto.(3)

14. Lactancia materna: Es la forma óptima de alimentar a los recién nacidos y lactantes. La leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del lactante, contiene anticuerpos que protegen al lactante contra enfermedades infecciosas, fomenta el vínculo emocional entre la madre y el lactante. Se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Se recomienda continuar con la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más. junto con la introducción de alimentos complementarios. (3)

15. Muerte materna: Ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.(10)

16. Nacimiento: La expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.(10)

17. Parto: Es el proceso fisiológico que culmina con el nacimiento de un bebé. (3)

18. Parto por cesárea: Es un tipo de parto quirúrgico en el que el producto nace a través de una incisión en el abdomen y el útero.(3)

19. Parto vaginal: Es el tipo más común de parto, el producto nace a través del canal vaginal.(3)

20. Puerperio normal: Periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.(10)

## **9. MARCO TEÓRICO**

### **Antecedentes**

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. (NOM-007-SSA2-2016)

En base a la GPC, la importancia del control prenatal radica en permitir detectar problemas como la hipertensión, la diabetes, que estaciona la anemia y otras condiciones que puedan afectar a la madre y el feto. Prevención de complicaciones, como la preeclampsia, la placenta previa y la hemorragia posparto. Monitoreo del crecimiento, fetal y desarrollo del feto, lo que lleva a cualquier problema que pueda surgir. Proporciona educación y apoyo a la madre sobre la salud y el cuidado del bebé, lo que ayuda a reducir la ansiedad y el estrés durante el embarazo.

El control prenatal es un componente fundamental del cuidado de la salud durante el embarazo, ya que permite detectar y prevenir complicaciones, maternas y fetales. Sin embargo, a pesar de su importancia existen brechas en la implementación y seguimiento del control prenatal en muchos estados del país, lo que puede llevar a un aumento en la morbilidad y mortalidad materno fetal. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

La realización regular de control prenatal en embarazadas reduce significativamente el riesgo durante el embarazo, parto y climaterio, en comparación con las mujeres que no

reciben control prenatal regular, ya que existe en México un alto índice de muertes maternas y el mal acceso al manejo del mismo.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

En ese mismo sentido según la NOM-007, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se responsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud. Se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva. La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de

prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

Durante el embarazo, 81.0 % de mujeres recibió atención médica prenatal; 15.3 % no la recibió y 3.7 % no especificó. De las mujeres que asistieron a consulta médica, 66.0 % lo hizo entre una y cinco veces; 29.0 %, entre seis y diez; 2.6 %, entre 11 y 15; 0.6 %, entre 16 y 20 y 0.1 % recibió más de 20 consultas. El restante 1.7 % no especificó la cantidad. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022)

Los embarazos se pueden clasificar en diferentes tipos según varios factores.

1. Embarazo de bajo riesgo es aquel en el que la mujer no presenta factores de riesgo significativos para complicaciones durante el embarazo o el parto. En estos casos, el cuidado prenatal y el parto pueden ser manejados de manera rutinaria. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).
2. Embarazo de alto riesgo es aquel en el que la mujer presenta factores de riesgo significativos para complicaciones durante el embarazo o el parto. Estos factores pueden incluir condiciones médicas preexistentes, como diabetes o hipertensión., Edad materna avanzada (mayor a 35 años), embarazo múltiple, antecedentes de complicaciones en embarazos previos.
3. Embarazo ectópico es aquel en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, generalmente en la trompa de Falopio. Este tipo de embarazo no es viable y puede ser peligroso para la salud de la mujer.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).
4. Embarazo molar es un tipo de embarazo anormal en el que el tejido placentario se desarrolla de manera anormal y no hay un feto viable.
5. Embarazo múltiple es aquel en el que la mujer está embarazada de más de un feto.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).
6. Aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, sin intervención médica. Puede ser causado por factores genéticos, hormonales, infecciosos o anatómicos.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

7. Aborto inducido es la interrupción del embarazo mediante intervención médica o quirúrgica. Puede ser realizado por razones médicas, legales o personales.
8. Aborto terapéutico es la interrupción del embarazo para proteger la salud o la vida de la mujer. Puede ser realizado en caso de poner en riesgo la vida materna, anomalías fetales graves, embarazo resultante de violación o incesto.
9. Aborto electivo, es la interrupción del embarazo por razones personales o sociales, sin indicación médica. Aborto incompleto, es aquel en el que parte de tejido fetal o placentario queda retenido en el útero después de un aborto espontáneo o inducido.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.

En las consultas preconcepcionales y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología. El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el

riesgo obstétrico y otorga elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto. (NOM-007-SSA2-2016)

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia. En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida. Los establecimientos para la atención médica que brindan atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas emergencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año. Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuar durante el embarazo.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

## **Desigualdad y Barreras en el Acceso a la Atención Prenatal**

Pese a los esfuerzos institucionales, en México persisten importantes desafíos en la cobertura y calidad de la atención prenatal, especialmente en comunidades rurales, indígenas y marginadas. La falta de servicios cercanos, el bajo nivel educativo, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y la discriminación estructural son obstáculos frecuentes. (NOM-007-SSA2-2016)

Muchas mujeres no acceden a una primera consulta antes de la semana 12 de gestación, como recomienda la OMS. Además, persisten casos de violencia obstétrica, trato deshumanizado y falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres, lo cual desincentiva el seguimiento prenatal.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 establece los criterios para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención del recién nacido. Esta norma es obligatoria para todas las instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas.

Entre sus disposiciones más relevantes durante el embarazo se encuentran:

- Establecer un mínimo de cinco consultas prenatales para embarazos sin complicaciones.
- Clasificar los embarazos en función del riesgo obstétrico.
- Realizar estudios de laboratorio en cada trimestre para detectar infecciones o enfermedades.
- Garantizar la aplicación de vacunas necesarias.
- Informar a la mujer sobre su estado de salud, sus derechos, y orientarla sobre signos de alarma.
- Respetar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones durante su atención.

La norma también promueve el parto humanizado y la atención intercultural, considerando las prácticas tradicionales y el acompañamiento de parteras certificadas en comunidades rurales.

## Atención al embarazo

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

- Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada,, debiendo tener los siguientes apartados:
  - 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.
  - Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos; 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.
- Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales. (NOM-007-SSA2-2016)
- Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:
  - Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3; A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto.

En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

- Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.
- Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E<sup>2</sup> igual o

mayor que 30Kg/E<sup>2</sup> antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

- 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, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional. (NOM-007-SSA2-2016)

La atención médica durante el embarazo, también conocida como atención prenatal, es un proceso continuo que permite vigilar la evolución del embarazo y detectar posibles complicaciones en etapas tempranas. La vigilancia prenatal no solo busca proteger la salud física de la madre y el bebé, sino también brindar apoyo emocional, orientación nutricional, preparación para el parto y educación sobre lactancia y cuidado neonatal.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

Numerosos estudios han demostrado que una atención prenatal adecuada está directamente relacionada con una reducción en la mortalidad materna y neonatal, disminución de complicaciones como la preeclampsia, el parto prematuro o las infecciones, y una mejora en los indicadores de salud pública.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

La atención de la mujer embarazada debe ser integral y abarcar distintos aspectos según la NOM 007:

#### 1. Evaluación Clínica y Seguimiento Médico

Desde la confirmación del embarazo, es necesario que la mujer sea valorada periódicamente por un profesional de la salud. Las consultas prenatales incluyen la medición de peso, presión arterial, fondo uterino, auscultación de los latidos fetales, análisis de sangre y orina, así como ultrasonidos para monitorear el desarrollo fetal. Se deben identificar factores de riesgo y clasificar el embarazo como de bajo o alto riesgo, para definir el nivel de atención correspondiente. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

## 2. Prevención y Promoción de la Salud

Durante el embarazo, se debe promover un estilo de vida saludable. Esto incluye una alimentación equilibrada, suplementación con ácido fólico y hierro, control del consumo de sustancias nocivas (como tabaco, alcohol o drogas), y vacunación, particularmente contra la influenza y tétanos. Además, se deben identificar factores psicosociales como violencia intrafamiliar o depresión, que pueden afectar el desarrollo del embarazo. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

## 3. Educación para la Maternidad y Paternidad Responsable

La mujer debe recibir información clara y accesible sobre los cambios físicos y emocionales del embarazo, las señales de alarma, la preparación para el parto, la lactancia materna y los derechos reproductivos. Incluir al padre o acompañante también es recomendable para fomentar una paternidad responsable y una red de apoyo sólida. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

## 4. Atención Psicológica y Apoyo Emocional

El embarazo conlleva numerosos cambios emocionales. Es fundamental ofrecer espacios seguros donde las mujeres puedan expresar sus emociones, miedos y dudas. El bienestar emocional impacta directamente en la salud del binomio madre-hijo. (Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;).

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos.

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

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.

- Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional.
- Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal.

Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.(Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;). 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. (NOM-007-SSA2-2016)

La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertan ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

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, y exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.(NOM-007-SSA2-2016)

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre

diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico. (NOM-007-SSA2-2016)

## 5. Consultas subsecuentes

La NOM-007-SSA2-2016 indica las siguientes prácticas en consultas subsecuentes a mujeres embarazadas.

- Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.
- Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.
- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.
- Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.
- Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de

cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.
- Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.
- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se responsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.
- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos médicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.
- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos.
- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameritan una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia,

debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.

En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna.(NOM-007-SSA2-2016)

#### 6. Prevención de bajo peso al nacimiento

La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación. Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino, y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención. (NOM-007-SSA2-2016)

#### **Atención del parto**

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial,

en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. (NOM-007-SSA2-2016)

En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas.(NOM-007-SSA2-2016)

Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal. La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana 007.

La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado. La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito. A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvoperineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos

que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica. (NOM-007-SSA2-2016)

Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve. (NOM-007-SSA2-2016)

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración. El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente. (NOM-007-SSA2-2016)

Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados. La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado. (NOM-007-SSA2-2016)

El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por debajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón

al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.(NOM-007-SSA2-2016)

Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.(NOM-007-SSA2-2016)

La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.(NOM-007-SSA2-2016)

Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

- Tipo y atención del parto.
- Fecha y hora de nacimiento.

Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, y Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones. (NOM-007-SSA2-2016)

En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión; Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea.

Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.(NOM-007-SSA2-2016)

### **Atención del puerperio**

En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto. (NOM-007-SSA2-2016)

En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.(NOM-007-SSA2-2016)

Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan. En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n. Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental.(NOM-007-SSA2-2016)

- El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunizaci3n al antígeno “D”. La atenci3n preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.(NOM-007-SSA2-2016)

Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

Para la atención del puerperio mediano y tardío, el personal de salud debe:

- Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.
- Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.
- Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.  
(NOM-007-SSA2-2016)

### **Atención al recién nacido**

La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento. (NOM-007-SSA2-2016)

Según la NORMA 007; todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

- Reanimación neonatal (de ser necesaria).

- Manejo del cordón umbilical.
- Valoración de Apgar.
- Valoración de Silverman Anderson.
- Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM.
- Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local.
- Exámenes físico y antropométrico completos.
- Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular.
- Vacunación de la persona recién nacida.
- Alojamiento conjunto.
- Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana.
- Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.
- Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado.

Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

- Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.
- Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de cérvix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.
- Cabeza y cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.
- Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

- Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.
- Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.
- Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.
- Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.
- Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.
- Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.
- Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).
- Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.
- Ano: permeabilidad y localización.
- Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

- Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.
- Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino. (NOM-007-SSA2-2016)

### **Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva**

Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre. La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico. Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana. (NOM-007-SSA2-2016)

### **Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.**

Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco. (NOM-007-SSA2-2016)

Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentada con leche de su propia madre. La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios

de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos. Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales. (NOM-007-SSA2-2016)

En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metabólica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado. (NOM-007-SSA2-2016).

### **Promoción de la salud materna y perinatal**

Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos. (NOM-007-SSA2-2016)

Proporcionar información completa acerca de:

- La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.
- El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia tiene efectos indeseables en el feto o en el niño/a.
- Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.
- Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.
- Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.
- Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

- La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.
- La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.
- Los esquemas de vacunación.
- La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción post evento obstétrico (APEO).
- La detección oportuna de los defectos al nacimiento.
- La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.
- Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.
- La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

## **10. CONCLUSIÓN**

El control prenatal representa un pilar esencial en la protección de la salud materna y fetal, ya que permite la vigilancia sistemática del embarazo en todas sus fases: temprana, media y tardía. Cada etapa del control prenatal tiene objetivos específicos que permiten identificar riesgos, prevenir complicaciones y garantizar una atención integral. Desde la captación temprana del embarazo, pasando por la vigilancia del crecimiento y bienestar fetal, hasta la preparación para el parto y la detección oportuna de signos de alarma, el control prenatal se consolida como una herramienta preventiva clave en la atención primaria de la salud.

Entre las principales complicaciones del embarazo que deben ser detectadas y tratadas de manera oportuna, destacan las enfermedades hipertensivas, tales como la hipertensión gestacional, la preeclampsia y la eclampsia. Estas condiciones representan una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro país y en el mundo. En este sentido, la NOM-007-SSA2-2016 establece protocolos claros para la vigilancia de la presión arterial desde la primera consulta prenatal, así como para la detección de signos clínicos y de laboratorio que pueden indicar riesgo de complicaciones graves.

El tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades hipertensivas del embarazo en conjunto con una vigilancia continua y la referencia oportuna a unidades de mayor capacidad de resolución puede prevenir consecuencias fatales, como el daño a órganos maternos

(riñón, hígado, sistema nervioso central), el desprendimiento prematuro de placenta, el retraso en el crecimiento intrauterino e incluso la muerte fetal o neonatal. La norma establece, además, la necesidad de mantener una comunicación efectiva con la paciente, brindando educación sobre signos de alarma y promoviendo su participación activa en el seguimiento del embarazo.

En conclusión, el control prenatal no solo permite detectar y atender oportunamente patologías que ponen en riesgo la vida de la madre y del producto, sino que también favorece una experiencia de embarazo más segura, informada y humanizada. El abordaje de las enfermedades hipertensivas dentro del marco de la NOM-007 demuestra cómo la vigilancia médica basada en protocolos nacionales puede salvar vidas y mejorar significativamente los desenlaces obstétricos. Fortalecer la cobertura, calidad y continuidad del control prenatal, con especial énfasis en la detección y manejo de riesgos como la hipertensión, es fundamental para garantizar embarazos saludables y reducir la mortalidad materna e infantil en nuestro país.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

1. Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana de Cardiología, Reanimación neonatal, 5ª edición, 2020.
2. American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2019.
3. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;
4. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Noviembre de 2022.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022

6. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS LCA No. 4. 2023.
7. Organización Panamericana de la Salud, León-cava N, Lutter C, Ross J, Martin MA, Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña evidencia 2022.
8. Programa de la OMS para identificar las prácticas más efectivas en salud reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. OMS, Ginebra, 2021.
9. Secretaría de Salud. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, 2019.
10. Secretaría de Salud (SSA) 2016. NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de las personas recién nacidas. Estados Unidos Mexicano: SSA.

## Caso clínico

Enfermedad hipertensiva en el embarazo.



## **12. CASO CLÍNICO**

Reconocer la importancia del control prenatal en mujeres embarazadas y posibles complicaciones que pueden existir, tanto para la madre como para el producto si este no se realiza de una manera adecuada. Identificar el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades agregadas en el embarazo, así como ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad si es necesario.

### **Ficha de identificación**

Nombre: Marisa Hernández Tovar

Edad: 28 años

Lugar de nacimiento: Colonia el nuevo porvenir de San Lorenzo Arcángel

Fecha de nacimiento: 03/09/1997

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Secundaria incompleta

Ocupación: Ama de casa

Tipo de interrogatorio: Directo

### **Antecedentes herodofamiliares**

Refiere madre de 52 años de edad hipertensa de 11 años de evolución , actualmente en tratamiento con Enalapril y Nifedipino. Padre fallecido a los 56 años por traumatismo craneoencefálico. Resto preguntados y negados.

### **Antecedentes personales no patológicos**

Refiere habitar en casa propia de materiales no duraderos (techo de lámina, pared de ladrillo y piso firme), cuenta con 3 habitaciones, una cocina y un baño, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización (luz, agua, drenaje), zoonosis positivo, convivencia con aves de corral, ganado bovino.

Alimentación: verduras 5/7 frutas 4/7 legumbres 7/7 lácteos 1/7 alimentos de origen animal 5/7 cereales 7/7. Dieta normosódica refiere sedentarismo.

Inmunizaciones incompletas, niega toxicomanías.

### **Antecedentes patológicos**

Niega enfermedades crónico degenerativas, niega transfusiones, niega quirúrgicos. Restos preguntados y negados sin importancia clínica.

### **Antecedentes ginecoobstétricos**

- Menarca: 12 años.      - Ciclos: 28x5.      - IVSA: 19 años.      - NPS: 2.
- G:3 C:0 P:1 A:1.      - FUM: 10/04/2024.      - FPP:17/01/2025
- Control prenatal: NO.      - Folatos: negativo.

### **Motivo de consulta**

Acude a valoración de control prenatal por presentar cefalea intensa de un día de evolución, acompañada de acúfenos y fosfenos. La cual es referida por su centro de salud de su comunidad al presentar cifras tensionales en ambos brazos de 150/90 mmHg en izquierdo y 147/92 mmHg en derecho.

### **Exploración física**

Paciente tranquila, orientada con sus tres esferas neurológicas, cráneo normocéfalo sin lesiones visibles, cabello bien implantado, ojos simétricos, pupilas isocóricas y reactiva a la luz, presencia de fosfenos referidos. Nariz permeables, cavidad oral íntegras con leve sequedad de mucosa, sin lesiones, oídos sin secreciones, refiere acúfenos bilaterales. Cuello sin signos de adenopatía o masas palpables. Tórax simétrico, con adecuado movimiento de amplexión y amplexación, campos pulmonares bien ventilados sin estertores ni ruidos agregados, murmullo vesicular conservado. Abdomen globoso a expensa de útero gestante de 25 cm, con producto único vivo, situación longitudinal, dorso IZQUIERDA, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal 140 lpm antes, durante y después de la contracción fetales, contracciones uterinas no dolorosas en este momento, en posición decúbito anterior de 30" de duración, movimiento fetales presentes. Exploración vaginal cérvix con 6 cm, 40% de borramiento sin sangrado transvaginal. Extremidades superiores e inferiores íntegras y funcionales, llenado capilar 2".

### **Padecimiento actual**

Paciente femenino de 28 años de edad multigesta de 38.5 sdg por FUM, llega al servicio de urgencias referida por centro de salud de su comunidad, ya que a la valoración de control prenatal se reportan cifras tensionales en ambos brazos 150/90 mmHg en izquierdo y 147/92

mmHg en derecho, paciente quien a la valoración se refiere sintomática agregado datos de alarma, como acúfenos, fosfenos y cefalea, se realizan estudios de laboratorio los cuales reportan EGO patológico del 05/01/2025 reportando leucocitos: 20 x campo, eritrocitos: 6-10 x campo, bacterias abundantes. Proteinuria ++. El hemograma reporta leucocitos 7.45, eritrocitos 5.1, HG 12.7, HCM 39.1, VCM 95, plaquetas  $65 \times 10^9$ .

### **Diagnóstico**

Embarazo de 38.5 SDG por FUM/ 38.3 por USGTP del 2do trimestre/ TDPFL/ Preeclampsia sin datos de severidad.

### **Plan de manejo**

Paciente la cual se decide realizar ingreso hospitalario, presenta cifras tensionales de 145/50 mmHg, manejan medidas preventivas de preeclampsia con método de zuspan: Dosis inicial de 4 g IV en 5 min seguido de infusión de 1 g/ hora y mantener por 24 horas. La recurrencia de convulsión puede ser tratada con una nueva dosis de 2 a 4 g en 5 min IV.

### **Discusión**

La paciente femenina de 28 años, de edad multigesta, con edad gestacional de 38.5 por FUM, presenta cifras tensionales de 150/90 mmHg, recientemente diagnosticada con preeclampsia y sin evidencia de datos de alarma al momento de la evaluación. Sin otros signos de alarma ni evidencia clínica de daño a orgánico severo, teniendo un abordaje oportuno base las recomendaciones de la NORMA 007. Logra ser estabilizada con resolución de parto sin complicaciones. Nace producto femenino con peso de 2450 gramos, con tono, a término. Se mantiene a la paciente en vigilancia durante 8 horas postparto, con buena evolución sin presentar complicaciones. Posterior a 8 horas de vigilancia se da de alta.

Según la NOM-007-SSA2-2016 la preeclampsia se define como elevación de la presión arterial  $>140/90$  mmHg después de las semanas 20 SDG, acompañado o no de proteinuria y signos de disfunción orgánica. La norma establece que casos como este, donde se presenta hipertensión gestacional acompañada de manifestaciones neumológico leves (acúfenos o fosfenos), es obligatorio realizar una evaluación completa, vigilancia materno- fetal estrecha

y dependiendo de la edad gestacional, valorar interrupción del embarazo si existe madurez fetal o riesgo progresivo.

Es importante realizar el control prenatal para evitar complicaciones durante el embarazo, tales como preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus gestacional, entre muchas otras malformaciones congénitas prevenibles, así mismo evitar muertes maternas-fetales y garantizar la salud.

En conclusión, el presente caso clínico sustentado por las recomendaciones de la NOM 007, demuestra que el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado permiten prevenir complicaciones graves en el embarazo. Este logro no debe considerarse una excepción, sino un objetivo alcanzable en todos los niveles del sistema de salud a través de un enfoque integral, basado en la evidencia.