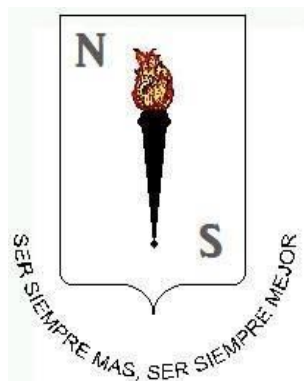


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

ATENCIÓN PRENATAL EN ADOLESCENTES EN LA PERSPECTIVA DE
HECTOR OVIEDO CRUZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MIRIAM BENITEZ BARBOSA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN .2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y culminar una etapa mas de mi formación, porque sé que este es el propósito que El tenia encomendado para mí.

A mis padres, por ser el apoyo incansable en cada una de mis metas, por su comprensión, su amor y fortaleza en todas las adversidades presentadas durante este camino, por disfrutar los logros y ayudarme a aprender de mis errores.

A mis hermanos por contagiarme de su entusiasmo y su positividad durante este trayecto, por brindarme su ayuda cuando más lo he necesitado, por ser mis grandes amigos y cómplices.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A Dios por darme la oportunidad de vivir, iluminando cada paso de mi vida, regalarme a unos seres queridos que son tan maravillosos, ser mi mejor amigo y mi fortaleza. A mis Padres, que me dieron la vida y han estado conmigo incondicionalmente. Gracias por todo papá y mamá por sus enseñanzas, por colocarme en el mejor camino, por darme una carrera para mi futuro, por creer en mí y brindarme todo su amor, apoyo y confianza, por darme fuerza para levantarme cuando lo necesitaba, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo siempre a pesar de la distancia, sin su apoyo no estaría aquí ni sería quien soy ahora, a ustedes dedico esta tesis .A mis hermanos gracias por estar conmigo, por apoyarme, contribuir con mi formación, compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento, los quiero mucho.

A mi Abuelita Rafaela, que fue un motivo de inspiración para luchar por mi sueños que a pesar que ya no se encuentra conmigo se que estaría muy orgullosa.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.-MARCO TEÓRICO	3
2.1.- VIDA Y OBRA	3
2.2 INFLUENCIAS	4
2.3 HIPÓTESIS.....	5
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
2.5 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.6 OBJETIVOS.....	6
2.6.1. -OBJETIVO GENERAL.....	6
2.6.2 OBJETIVO ESPECIFICO	6
2.7 MÉTODO.....	7
2.8 VARIABLES:.....	7
2.9 ENCUESTA	8
2.10 GRÁFICO	9
3.- CONTROL PRENATAL.....	14
3.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	15
3.2 DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTACIONAL	16
3.3 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN FETAL.....	17
3.4 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA	19
3.5 EDUCACIÓN MATERNA.....	20
3.6 PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL.....	24
4. CONTROL DE LAS CONSULTAS DURANTE EL EMBARAZO.....	25
4.1 CONTENIDO DE LAS CONSULTAS PRENATALES	25
4.2 PRIMERA CONSULTA.....	25
4.3 INTERROGATORIO	25

4.4 EXAMEN FÍSICO INTEGRAL.....	26
4.5 EXAMEN GINECOLÓGICO.....	26
4.6 INDICACIONES EN PRIMERA CONSULTA	27
4.7 DE EVALUACIÓN.....	28
4.9 SEGUNDA COSULTA.	28
4.10.- TERCERA CONSULTA	29
4.11 CUARTA CONSULTA (ALREDEDOR DE LAS 24 SEMANAS).....	30
4.12 QUINTA CONSULTA.....	31
4.13 SEXTA CONSULTA.....	32
4.14 SÉPTIMA CONSULTA.....	32
4.15 EMBARAZOS DE RIESGO	33
5. ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO	34
5.1 NUTRICION EN EL EMBARAZO	34
5.2 ALIMENTACION MATERNA	35
5.3 LOS NUTRIENTES BÁSICOS EN EL EMBARAZOS	36
5.4 DIETETICAS.....	38
5.5 ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO	39
5.6 HIGIENE	41
5.7 COITO EN EL EMBARAZO	42
5.8 MEDICAMENTOS.....	42
6.1 COMPLICACIONES URINARIAS.....	43
6.2 LITIASIS	45
6.3 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS	46
6.4 BRONQUITIS	46
6.5 NEUMONIA	49

6.6 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES	50
6.7 HIPERÉMESIS GRAVÍDICA.....	50
6.8 COLESTASIS INTRAHEPÁTICA.....	51
6.9 COMPLICACIONES LIQUIDO AMNIOTICO	52
6.10 DETECTAR LAS PÉRDIDAS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	52
6.11 SANGRADO.	54
6.12 EMBARAZO ECTÓPICO.	55
6.13 ABORTO ESPONTÁNEO O PÉRDIDA DEL FETO.....	58
6.14 COMPLICACIONES PLACENTARIAS.	58
6.15 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.	59
6.16 EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.....	59
6.17 PLACENTA PREVIA.....	60
6.18 PLACENTA ENVEJECIDA	61
6.17 PLACENTA ADHERIDA O PLACENTA ACRETA	62
6.19 PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA.....	62
6.20 COMPLICACION DE LA DIABETES GESTACIONAL.....	63
7. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LAS MUJERES EMBARAZADA	65
7.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS.....	65
7.2 HEMORROIDES.....	67
7.3 ESTREÑIMIENTO	67
7.4 SÍNCOPE O MAREO.....	68
7.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE CADA TRIMESTRE DEL EMBARAZO PRIMER TRIMESTRE	70
7.6 COMPLICACIONES POTENCIALES MATERNAS O FETALES:.....	72
7.7 TERCER TRIMESTRE	73

7.8 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	78
7.9 INTERVENCIONES PARA LA MINIMIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	79
8. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCION PRENATAL	82
8.1 GENERALES DE CONTROL PRENATAL.....	82
8.2 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL. RIESGO OBSTÉTRICO.....	86
8.3 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	90
8.4 EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS TÓXICAS.....	91
8.5 RECOMENDACIONES ACERCA DEL EXAMEN FÍSICO EN EL CONTROL PRENATAL	91
8.6 ACTIVIDADES PRIORITARIAS A REALIZAR SE DURANTE ATENCIÓN EN LA CONSULTAS PRENATALES SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACIÓN.....	94
8.7 EXÁMENES DE LABORATORIO	96
USO DE ECOGRAFÍA.....	99
8.9 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	101
8.10 VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO.....	102
8.11 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.....	103
8.12 NÁUSEA, VÓMITO, PIROSIS Y DOLOR EPIGÁSTRICO.	105
8.13 VENAS VARICOSAS Y EDEMAS	106
8.14 DOLOR LUMBAR Y EN OTRAS ARTICULACIONES.	106
8.15 SANGRADO VAGINAL.....	106

8.16 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.....	108
9.-CONCLUSIÓN	151
10.- BIBLIOGRAFIA	153
10.1.-BÁSICA	153
10.2.-COMPLEMENTARIA.....	153
11.- GLOSARIO	154

1.-INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer.

La atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención .

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita .

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado

No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una atención adecuada

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal

La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, mejor calidad de vida y equidad para la mujeres, sus familias y las comunidades.

El cuidado del embarazo se considera de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud, debido a que contribuye al bienestar general del núcleo familiar; ya que se considera a la madre el principal pilar dentro de la familia por cada uno de los roles que desempeña.

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, permiten que las mujeres embarazadas se encuentren en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para presentar diversas patologías, con afectación en la salud materna y del producto, con riesgos que van desde la pérdida del embarazo, malformaciones congénitas hasta la muerte materna.

La adolescencia por su parte es la etapa intermedia entre el declive del crecimiento hacia este mismo, etapa madura que debe de ser siempre bien desarrollada en el máximo de cualidades constitutivas para comenzar funciones mas especializadas o especificas propias de la especie

2.-MARCO TEÓRICO

2.1.- VIDA Y OBRA

El Dr. Héctor Oviedo Cruz es especialista en Ginecología y Obstetricia egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Posteriormente se especializó en Medicina Materno Fetal de la misma Institución. Atiende a sus pacientes

+en el Hospital Español ubicado en la delegación Miguel Hidalgo de la ciudad de México, D.F.

Extracto Medicina Materno-Fetal, Asistencia e Investigación Clínica

Especialista en Tamiz, Diagnóstico y Bioquímica Prenatal

Interpretación del Perfil

Angiogénico sFlt-1/PIGF en suero

Departamento de Innovación e Implementación de Técnicas Diagnósticas & Terapia Fetal

Experiencia

Centro Médico & Laboratorio CEMAFE SA de CV

Médico Especialista & Investigador

Centro Médico & Laboratorio CEMAFE SA de CV

2010 – actualidad (8 años)

Centro Médico para Atención Fetal Especializada (CEMAFE): Departamento de Medicina Materno-Fetal.

Laboratorio CEMAFE S.A. de C.V.: Departamento de Innovación e Implementación Clínica.

Médico especialista

Profesionista independiente en Obstetricia, Ginecología y Medicina Materno-Fetal

2003 – 2009 (6 años) Ciudad de México y alrededores, México

Atención médica especializada otorgada por consulta, redes médicas, clínicas y otras referencias. Actividad docente diversificada.

Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

Médico especialista

Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

septiembre de 2003 – marzo de 2007 (3 años 7 meses)

Asistencia pública, investigación clínica y enseñanza en Clínica de Adolescentes

Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

Médico especialista

Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

marzo de 2003 – agosto de 2003 (6 meses)

Asistencia pública, investigación clínica y enseñanza en Clínica de Riesgo Pre-gestacional

Educación

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad Nacional Autónoma de México

Medicina Materno-Fetal, Medicina, Sede: Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

2001 – 2003

Especialización de posgrado

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad Nacional Autónoma de México

Ginecología y Obstetricia, Medicina, Sede: Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

1997 – 2001

Especialización de posgrado

Universidad de Guanajuato

Universidad de Guanajuato

Médico Cirujano, Medicina

2.2 INFLUENCIAS

investigación clínica Medicina Servicio de atención al cliente Estrategia empresarial Análisis de datos Procedimientos invasivos Desarrollo de procedimientos Asistencia sanitaria Docencia Hospitales.

2.3 HIPÓTESIS

Es importante en las adolescentes embarazadas llevar una adecuada atención prenatal para poder evitar algunas patologías durante el embarazo

2.4 JUSTIFICACIÓN

Es necesario que el personal de salud brinde una atención prenatal a las adolescentes para que lleve un adecuado control durante el embarazo así poder disminuir las enfermedades que se pueda evitar algunas complicaciones severa que afectan a la madre como al producto.

El control prenatal constituye la base del bienestar materno-fetal y predice el pronóstico de la mujer embarazada. Las deficiencias en la atención clínica durante el embarazo constituyen factores desfavorables que afectan de manera negativa el desarrollo de una gestación normo evolutiva. Las principales causas de la mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. También es importante destacar el papel de los costos hospitalarios como consecuencia de complicaciones durante el embarazo que pudieron ser prevenibles al contar con un adecuado control prenatal. Existen varios indicadores que permiten determinar si el control prenatal otorgado por las autoridades de la salud es adecuado, algunos comentan que el número de visitas prenatales es un indicador, sin embargo se han propuesto modelos de atención prenatal que destacan por ejemplo, un número de 4-5 consultas prenatales que bastarían para denominar una atención prenatal de calidad, esto fundamentado no en la cantidad de citas de control sino en la calidad de la atención médica desde el

trato, hasta brindar una atención de calidez que permita la satisfacción de las usuarias. El control prenatal, ya que se ha establecido en algunos estudios que muchas veces no es el tiempo de espera, ni la infraestructura hospitalaria sino el papel que se le da a la mujer como participante activa de su propio embarazo, al existir una interacción adecuada entre el médico y la paciente. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez

2.5 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Las preocupaciones acerca del embarazo en la adolescencia en México, data desde los años 30, los sistemas de salud nacionales los contempla en sus programas nacionales de desarrollo y entidades e institutos han contemplado desde varios puntos. del Instituto de Salud Pública argumenta la importancia de saber todas sus direcciones, y asevera lo fundamental en reducir el número de embarazos no planeados, no deseados, que terminan en abortos peligrosos, mortalidad materna o en niños que no son plenamente aceptados, con el fin de ofrecer alternativas accesibles para las mujeres de distintos contextos sociales.

Existen pocos datos que asocien patologías severas en el embarazo adolescente, complicaciones de parto o puerperio o alteraciones en el producto cuando este es llevado a cabo en edades tempranas, no se encuentran datos concluyentes que revelen relación entre pre-eclampsia-eclampsia y adolescencia.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1. -OBJETIVO GENERAL

Verificar que la adolescente embarazada reciba la información necesaria para que acuda a sus consultas de control prenatal y así poder prevenir los factores de riesgo que se pueden presentar durante el mismo.

2.6.2-.OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar a la adolescente la información ironía para su control prenatal
- Orientar a la adolescente embarazada que acuda a sus consultas de control en periodos de mayor complicación
- Informar a la adolescente cuales son los factores de riesgo que pueden existir en el embarazo al no seguir los cuidados propuestos por el personal de salud.

2.7 MÉTODO

El método de estudio que se llevara acabo en este proyecto de investigación será el método cuantitativo y cualitativo por medio de estos métodos podremos medir la calidad de la atención otorgada a la mujer embarazada.

Asi como el número de embarazos, edad gestacional, enfermedades asociadas en el embarazo.

Así mismo relacionados con las actividades a realizar durante el control prenatal los cuales incluyeron: medición de peso, talla y tensión arterial, orientación sobre vacunas y aplicación de esquemas, calculo de edad gestacional, medición de fondo uterino, auscultación de frecuencia cardiaca fetal, solicitud e interpretación de exámenes complementarios, detección y tratamiento de enfermedades tales como anemia e infecciones urinarias, prescripción de fumarato ferroso y acido fólico, explicación de riesgos y complicaciones del embarazo, orientación sobre lactancia materna, orientación sobre signos y síntomas de alarma obstétricos, consejería sobre planificación familiar, trato recibido por el médico

2.8 VARIABLES:

Derivada del término en latín variabilis, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable. En otras palabras, una variable es un símbolo que permite identificar a un elemento no especificado dentro de un determinado grupo. Este conjunto suele ser definido como el

conjunto universal de la variable (universo de la variable, en otras ocasiones), y cada pieza incluida en él constituye un valor de la variable

Mujeres embarazadas catalogadas como de bajo riesgo

Mujeres embarazadas catalogadas como de alto riesgo.

Peso medida en kilogramos en la mujer tomada en cada control prenatal

Tensión arterial signo vital que mide el gasto cardiaco

2.9 ENCUESTA



ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO



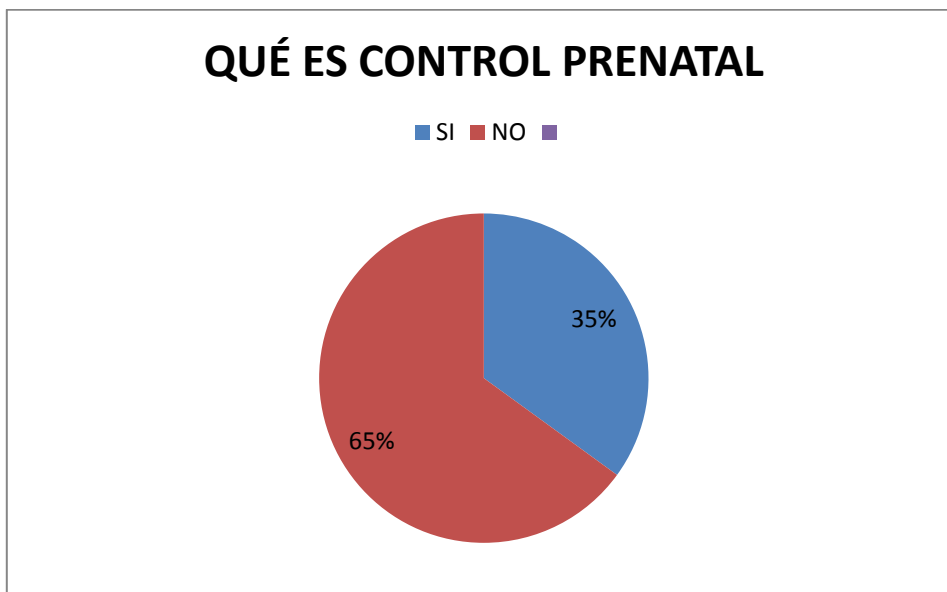
INSTRUCCIONES: RESPONDA LA SIGUENTE ENCUESTA EN CUANTO SUS CONOCIMIENTOS OBTENIDOS, SUBRAYANDO LA RESPUESTA CONVENIENTE.

1.- ¿Sabe que es el control prenatal?	SI NO
2.- ¿sabe de cuantas consultas consta la atención prenatal?	SI NO
3.-¿ El médico le solicitó exámenes de laboratorio y ultrasonido?	SI NO
4.-¿ sabe cuales son las vacunas que deben recibir en el embarazo?	SI NO
5.-¿Sabe cuales son las enfermedades mas comunes durante el embarazo	SI NO
6.-¿Ha consumido alimentos ricos de vitaminas que favorables para el	SI NO

embarazo?	
7.-¿Ha ingerido ácido fólico antes y durante el embarazo?	SI NO
8.-¿Tiene en cuenta en que consiste la pre-eclampsia?	SI NO
9.-¿Le han mencionado sobre las complicaciones que tiene el embarazo?	SI NO
10.-¿Sabe que cuidados tiene que tener durante el embarazo?	SI NO

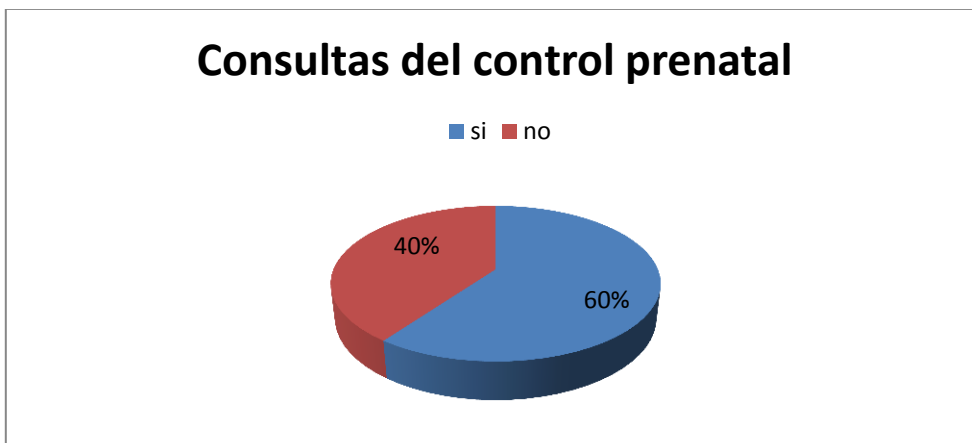
2.10 GRÁFICO

2.10.1 GRÁFICA 1



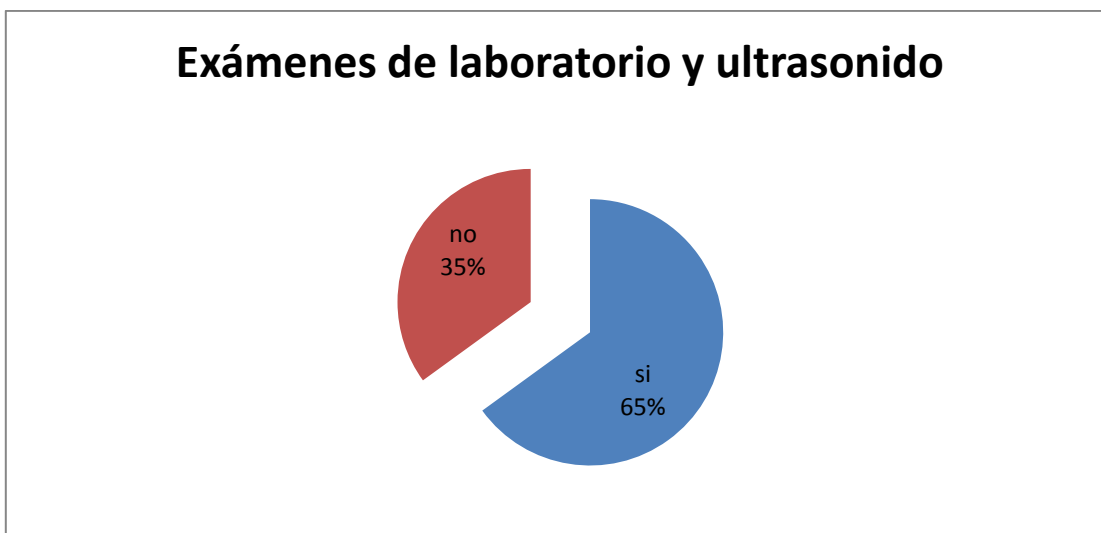
Se observó que el 35% de las mujeres embarazadas tienen conocimiento sobre que es el control prenatal, y un 65% de ellas no tiene ni idea de lo que se refiere a lo que es control prenatal.

2.10.2 GRÁFICA 2



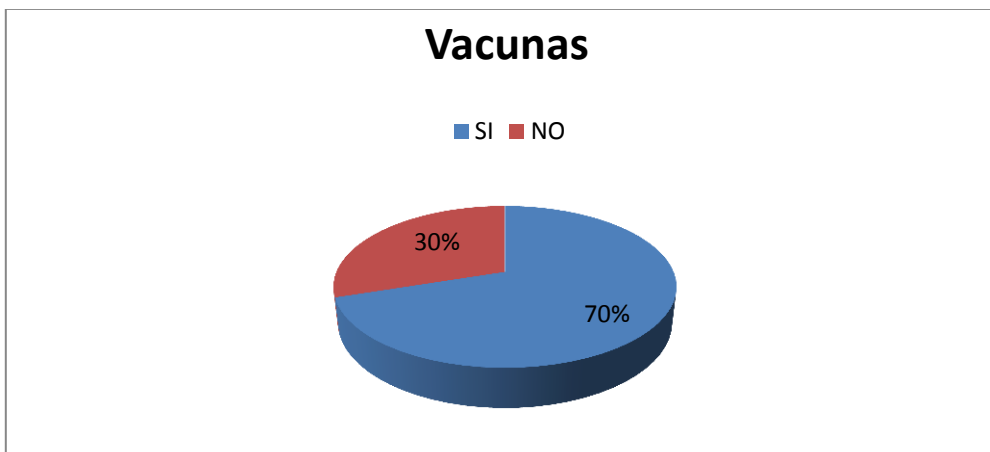
Las gestantes en un 60% tiene identificado cuantas consultas tiene que llevar acabo durante el periodo de su embarazo , el 40 % no tiene conocimiento de ello.

2.10.3 GRÁFICA 3



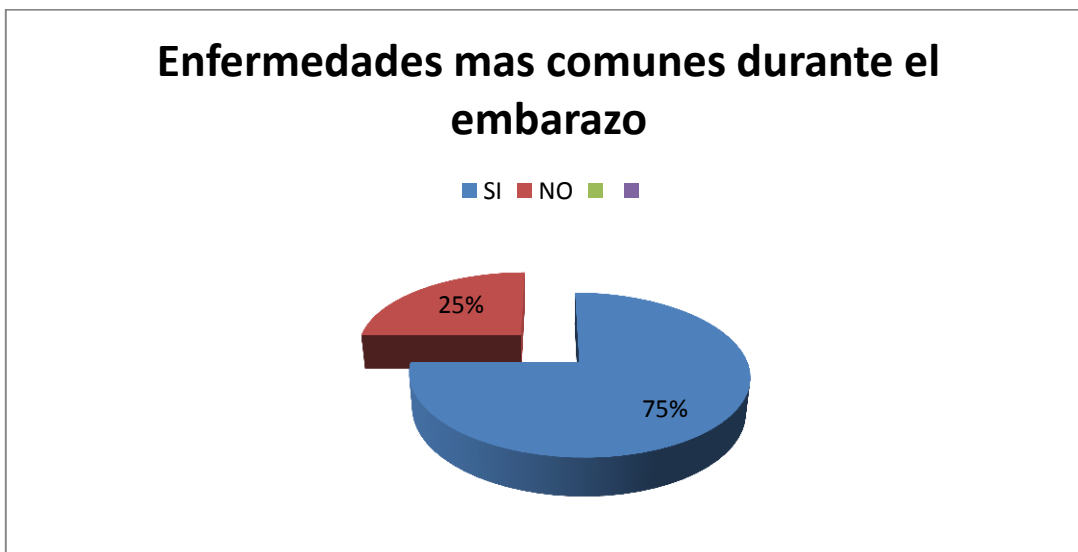
Al 35% de las embarazadas no se le indicaron exámenes de laboratorio para llevar acabo su control en cambio al 65% si tuvieron un control adecuado mediante sus laboratorios .

2.10.4 GRÁFICA 4



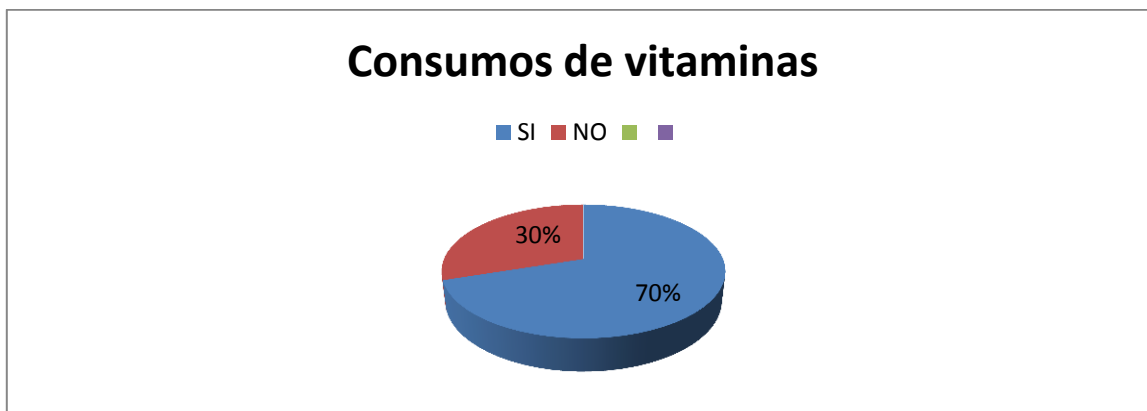
El 70% de las embarazadas reciben información sobre cuales son las vacunas que se tiene que aplicar durante el embarazo , el 30% no tiene conocimiento de el

2.10.5 GRÁFICA 5



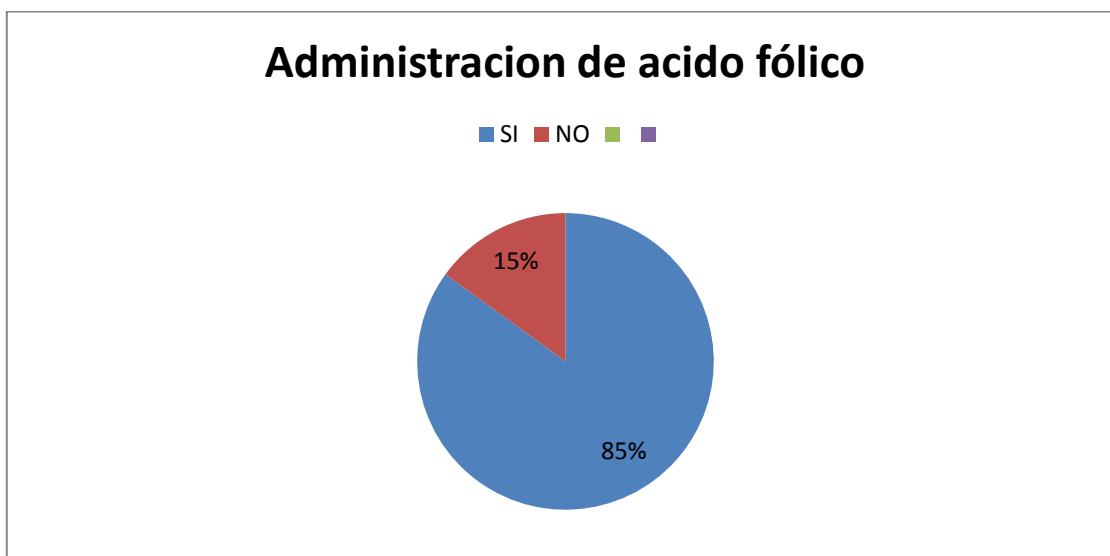
El promedio de las gestantes que tiene en cuenta sobre las enfermedades durante el embarazo son 75% un 25 % no saben que enfermedades son las mas comunes en el embarazo.

2.10.6 GRÁFICA 6



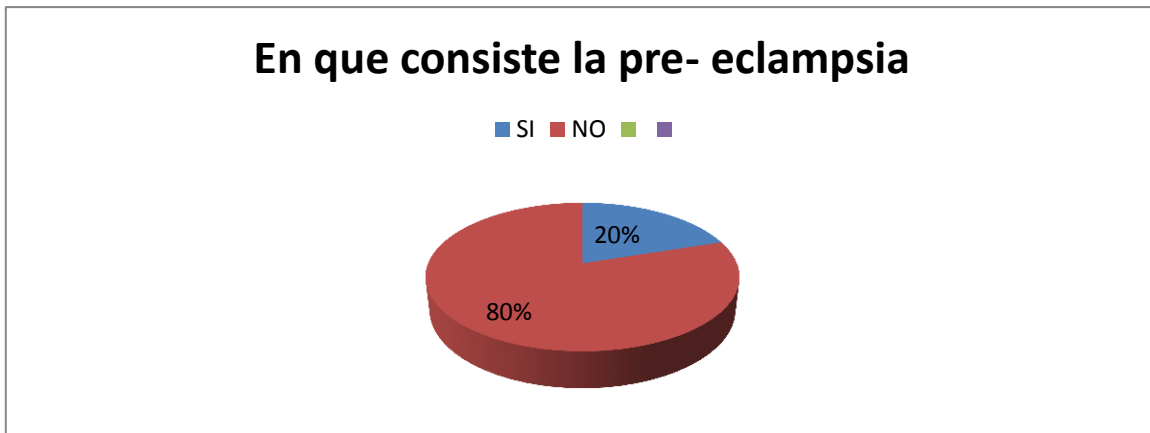
Durante el embarazo y un 70 % de las mujeres que se presentan en este periodo consumen vitaminas mientras un 30% no lo consumen

2.10.7 GRÁFICA 7



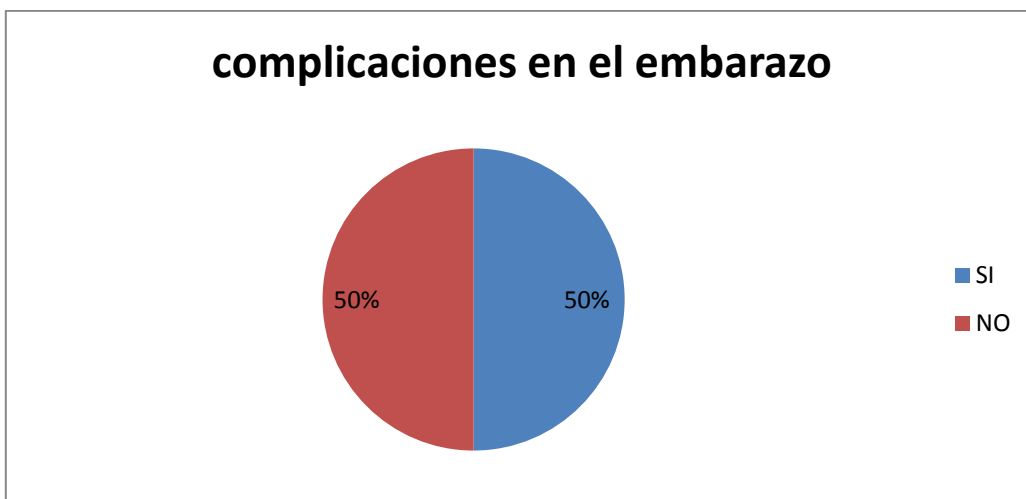
Un 85 % de las gestantes ingieren acido folico antes y durante el embarazo y un 15 % no ingieren acido fólico.

2.10.8 GRÁFICA



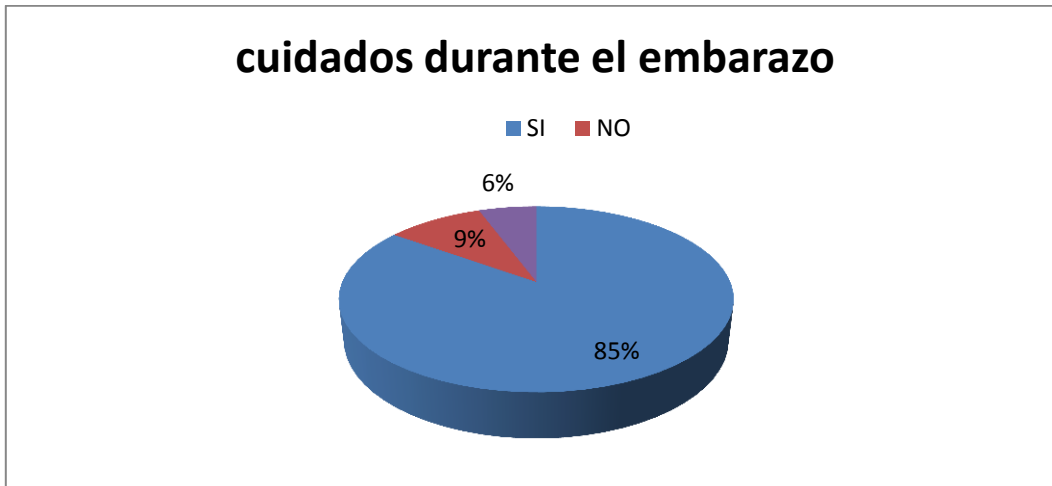
Observamos que el 80% de las embarazadas no tiene conocimientos que es la pre-eclampsia, el 20 % tiene un conocimiento sobre esta patología

2.10.9 GRÁFICA 9



Observamos que el 50% de las gestantes tiene en cuenta que complicaciones con lleva un embarazo y la otra mitad del porcentaje no saben sobre estas.

2.10.10 GRAFICA 10



Un 85% identifica cuales son los cuidados que tiene que llevar el restante no tiene identificado sobre estos cuidados

3.- CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de

salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo.

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

3.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre - gestacionales.

factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario secundario o terciario de atención prenatal.

3.2 DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTACIONAL

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes y deficiente a partir del sexto mes

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico.

El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos

prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

3.3 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

- Latidos cardíacos fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal.

La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se

denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

- Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

- Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

- Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal

en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas.

ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico.

Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

3.4 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas.

El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal y vulvo vaginal Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

3.5 EDUCACIÓN MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales: - Signos y síntomas de alarma - Nutrición materna - Lactancia y cuidados del recién nacido - Derechos legales - Orientación sexual - Planificación familiar - Preparación para el parto - Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto.

De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia

o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad , como en segunda mitad del embarazo y reconocer flujo genital blanco Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pre término. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc. –

Nutrición materna. Lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal

Orientación sexual

Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro. - Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales. - Preparación para el parto. La atención integral

del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son: - Grupo sanguíneo y Factor Rh - Urocultivo - VDRL - HIV - Hemoglobina y hematocrito - Glicemia - Albuminuria - Papanicolaou - Ecografía - Grupo sanguíneo y Factor Rh. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo y Factor Rh debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar repeticiones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y se añade Coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva Si la madre es Rh positivo positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado. – Uro-cultivo. En nuestra Unidad se efectúa uro-cultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un uro-cultivo.

- V.D.R.L. de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido . Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas). Para mayor información se remite al lector al capítulo "Sífilis" . - H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

- Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro. En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas - Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa.

El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar determinaciones de glicemia al inicio y si se considera pertinente en cada consulta del control prenatal. Albuminuria.

La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con las técnicas establecidas en el laboratorio que pueden ser automatizadas o con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza.

Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una pre-eclampsia. - Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica.

El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia.

La experiencia del Servicio sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor y

cáncer in situ Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres.

Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados. - Ecografía. Ver "Ultrasonografía en Perinatología"

3.6 PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre , los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable.

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea.

Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerado un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre pero con una importante educación materna especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma. Las acciones y procedimientos que se deben realizar en el control prenatal de la embarazada de bajo riesgo

4. CONTROL DE LAS CONSULTAS DURANTE EL EMBARAZO

4.1 CONTENIDO DE LAS CONSULTAS PRENATALES

Definir el riesgo

Evaluar la evolución del embarazo.

Planificar la solicitud de estudios complementarios.

Rastrear y tratar las patologías encontradas.

Realizar consejería.

- Organizar vacunación.
- Programar asistencia odontológica.
- Promover la participación en grupos de preparación para el parto.
- Promover la lactancia materna

4.2 PRIMERA CONSULTA

Es la de captación de la gestante riesgos que la gestante puede presentar o que permanecían ocultos ,e iniciar entonces la profilaxis de los riesgos de la gestación ,fundamentalmente el bajo peso al nacer, la toxemia y la prematuridad.

y quizás la más importante de todas las consultas, porque en ésta el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y examen físico completo, de detectar los

4.3 INTERROGATORIO

Debe precisar si la mujer es eumenorreica o no, la fecha de la última menstruación (FUM) y los síntomas subjetivos de la gestación, así como conocer si se trata de una gestación planificada por la pareja o es una gestación fortuita. En este interrogatorio se determinarán, además:

1. Antecedentes patológicos personales (APP).
2. Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores.
3. Tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos.
4. Medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, dosis, ingestión de psicofármacos y determinar la conducta que se debe seguir.
5. Antecedentes patológicos familiares (APF), además de precisar si la madre o hermanas tuvieron toxemia en sus gestaciones o existen antecedentes de gemelaridad.

4.4 EXAMEN FÍSICO INTEGRAL

El examen físico integral comprende, tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen, aparatos cardiovascular, respiratorio y renal.

4.5 EXAMEN GINECOLÓGICO

Mamas. Se valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.

Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra. Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello (situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo).

Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario. Tacto bimanual. Mediante éste se deben precisar las características del cuello, y del útero se determinarán el tamaño, la forma y consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación:

1. Signo de Hegar I: los dedos de ambas manos se tocan a través de la zona ístmica (reblandecida).
2. Signo de Gauss: independencia entre cuello y cuerpo uterino.
3. Signo de O'Schander: latido de la arteria cervico vaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.
4. Signo de Noble-Budin: abombamiento del útero

4.6 INDICACIONES EN PRIMERA CONSULTA

En esta primera consulta se debe realizar una buena charla educativa, individualizada, acerca de la importancia de la dieta de la gestante de acuerdo con su valoración nutricional. Se remitirá la gestante a la atención estomatológica y, además, será valorada por el psicólogo de su área de salud. Se indicará la vacunación con toxoide tetánico alrededor de las 26 semanas de EG. En esta primera consulta se indicarán los exámenes complementarios siguientes:

1. Hemograma completo. Se repetirá Hb. y Hto. En cada trimestre.
2. Grupo sanguíneo y Rh.
3. Glicemia en ayunas y pos-prandial a las 2 horas. Se repetirá entre las 28 y 30 semanas de EG.
4. Serología, que se repetirá para la consulta de reevaluación.
5. Examen de orina, que se realizará para cada consulta.
6. Prueba para descartar HIV-SIDA.
7. Exudado vaginal.
8. Heces fecales.
9. Fondo de ojo si fuera hipertensa conocida.
10. Uro-cultivo si existieran APP de pielonefritis.
11. Otros complementarios:
 - a) Alfa-fetoproteína, que se indicará entre las 15 a 19 semanas de EG.
 - b) Ultrasonografía del programa (US) a las 20 semanas para corroborar la EG y detectar malformaciones congénitas.
 - c) Antígeno de superficie B y C, alrededor de las 24 semanas.
 - d) Electroforesis de la Hb., que se indica junto con la alfa feto proteína.

4.7 DE EVALUACIÓN

Se debe realizar en conjunto por el médico y la enfermera de la familia y el profesor o especialista de gineco obstetricia.

4.8 OBJETIVOS

1. Precisar de nuevo la EG real.
2. Detectar riesgos obstétricos.
3. Valorar los resultados de los exámenes complementarios. Insistir en el tratamiento profiláctico de la anemia, así como remitir a la paciente, si fuera necesario, a alguna interconsulta con medicina interna por alteraciones de estos complementarios.
4. Si los resultados de la glicemia en ayunas se encuentran en 4,4 mmol / L, indicar una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO).
5. Garantizar a la paciente la educación sanitaria.
6. Indicar la psicoprofilaxis y tratar de incorporar al esposo de la gestante a las actividades de este tipo.

4.9 SEGUNDA COSULTA.

Será realizada de conjunto por el medico de asistencia y el especialista de Grupo Básico de Trabajo en medicina general integral o de Obstetricia .Ellos pueden solicitar ínter consultas con otros especialistas.

--Se realizará dentro de los 15 días siguientes de la captación

- 1- Evaluación de Antecedentes Personales y Familiares.
- 2- Análisis de los antecedentes obstétricos.
- 3- Valoración nutricional.
- 4- Toma de la Tensión Arterial.
- 5- Interrogatorio básico y examen físico general, cardiorrespiratorio y obstétrico .Este último incluirá tacto mensurador y examen con espéculo. El especialista prestara mucha atención a la existencia de cambios inflamatorios locales o de

secreciones que sugieran una infección que alcance el canal cervical en cuyo caso impondrá tratamiento de acuerdo a las características.

- Gardnerella vaginalis, – bacteroides frágiles.

- Mico plasmas urea plasma, peptococos o peptoestreptococo, trichomonas u otro germen sobre todo anaerobio. Se indica tratamiento con:

- Metronidazol por vía oral por 10 días, 250mg cada 8 horas. Después de las 14 semanas si se demuestran chlamydia, trachomatis o no hay respuesta al metronidazol se indicara:

- Eritromicina 250mg cada 6 horas por 7 días a 10 días. Debe tratarse al compañero sexual.

6.- Evaluación de los complementarios indicados.

7- Indicar anti – anémicos vía oral así como dar orientaciones generales sobre dieta, higiene del embarazo y lactancia.

8- Indicará alfa feto proteínas para ser analizadas entre 15 y 17 semanas de gestación (programa señala de 15 a 19 semanas).

9- Si se cataloga de riesgo, se indicará las investigaciones según el criterio médico y el especialista definirá la estrategia a seguir: nivel de atención especializado, periodicidad etc.

10- Se realizará actividades en caminadas a desarrollar el Programa de Maternidad y Paternidad consientes.

11- Indicará nuevos análisis parcial de orina. Se clasificará a la gestante como normal o con riesgo.

4.10.- TERCERA CONSULTA

|Se debe valorar integralmente la evolución de la gestante.

Efectuar interrogatorio básico, examen físico general que incluye peso.

Toma de presión arterial.

Evaluar altura uterina.

Indicar ultrasonido del programa y orientar realizarlo a las 22 semanas.

Continuar con anti-anémicos vía oral y dar orientaciones generales del embarazo.

indicar análisis de parcial de orina..-

4.11 CUARTA CONSULTA

Valorar resultado de ultrasonido, alfafetoproteínas y los demás complementarios.(pueden haber sido evaluados ya por el médico en actividades de terreno u otras.

Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.

Toma de presión arterial.

Altura uterina, palpación de partes fetales, así como existencias de movimientos.

Indicar a la paciente como seguir patrón contráctil normal.

Indicar hemoglobina, hematocrito, .serología, parcial de orina y antígeno de superficie B y C.

Continuar la indicación de anti-anémicos y dar orientaciones generales.

Comprobar asistencia a estomatología, psicología u otras especialidades, o referirlas si es necesarios.

Analizar si esta inmunizada con toxoide titánico.

Indicar reactivación de toxoide tetánico, si es necesario.

4.12 QUINTA CONSULTA

Será realizada, como todo íter consulta, por el médico de asistencia y el especialista del grupo básico de trabajo en Medicina General Integral o en Obstetricia Se procederá como sigue:

Analizar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior, para hacer valoración de la paciente y decidir estrategia y nivel posterior de atención.

Revalorar la curva de peso y valoración ponderal inicial.

Valorar la curva de tensión arterial. Considerar la presión arterial basal de la paciente. Toma de la atención arterial.

Evaluar el crecimiento de la altura uterina. Tener en cuenta la talla, el paso y el panículo adiposo de la paciente.

Interrogatorio básico y examen físico que incluyen el peso y buscar presencia de edemas.

Altura uterina presentación, situación, posición, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.

Chequeo de la presión arterial.

Tacto vaginal – sin introducir el dedo en el canal cervical- mensurador, que busque características del cuello y de la pelvis.

También, si es necesario, debe visualizarse el cuello con espéculo.

Si fuera necesario la historia clínica, evolución o síntomas se realizara:

Valorar ingreso en el hogar materno en las áreas rurales, y si hay riesgo de prematuridad.

Desarrollar actividades del Programa de Maternidad y Paternidad Conscientes, psicoprofilaxis y lactancia materna.

Precisar fecha de licencia prenatal.

Indicar análisis parcial de orina.

Continuar tratamiento con anti-anémicos y dar orientaciones generales.

Reclasificar de acuerdo con el riesgo. Hacer todas las anotaciones necesarias en el cané obstétrico.

4.13 SEXTA CONSULTA

Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.

Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar presencia de edemas.

Toma de Tensión Arterial

Examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.

Examen de las mama Indicar análisis parcial de orina y hemograma.

Desarrollar actividades del Programa de Maternidad y Paternidad Consciente y la lactancia materna, explicar de nuevo el patrón contráctil normal y números de movimiento fetal por hora.

Verificar la ingestión de anti anémicos y dar orientaciones generales.

Entregar licencia de maternidad.

4.14 SÉPTIMA CONSULTA

Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.

Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso y buscar la presencia de edemas.

Toma de tensión arterial.

Examen obstétrico que incluye: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación, de la frecuencia cardiaca fetal y tono uterino.

Desarrollar actividades del programa de maternidad y paternidad consciente. Instruir sobre pródromos y síntomas del parto, así como sobre los cuidados del puerperio, del recién nacido y la lactancia.

Indicar análisis parcial de orina Continuar el tratamiento con anti anémicos y dar orientaciones generales.

4.14 OCTAVA CONSULTA

Valorar los resultados de los complementarios.

Interrogatorio básico y examen físico que incluye buscar la presencia de edemas.

Toma de tensión arterial.

Examen obstétrico : altura uterina ,situación ,presentación ,posición ,movilidad, de la presentación auscultación , del acrecencia cardiaca ,fetal ,y tono uterino .

Indagar y orientar sobre pródromos del parto, Programa de Maternidad y Paternidad Consciente, así como cuidados peri natales y del recién nacido.

Indicar análisis de parcial de orina.

Indicar anti anémicos y dar orientaciones generales.

Remitir a consulta de gestante a término en el hospital con comentario escrito del pensamiento médico .Complementaron adecuado del carné obstétrico

4.15 EMBARAZOS DE RIESGO

Se define un embarazo de bajo riesgo aquel que presenta evidencias de tener las condiciones óptimas para asegurar el bienestar a la madre y el feto y carece de

antecedentes patológicos o epidemiológicos que aumenten la probabilidad de que la madre o el feto desarrollen una enfermedad.

Alto Riesgo Tipo I: La embarazada se encuentra en buen estado de salud pero presenta uno o más factores de riesgo epidemiológico, tales como el analfabetismo, pobreza crítica y desempleo familiar, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, etc.

Alto Riesgo Tipo II: La embarazada se encuentra en buen estado de salud pero presenta uno o más antecedentes de enfermedades ginecológicas u obstétricas, tales como bajo peso al nacer, incompatibilidad Rh, pre-eclampsia o eclampsia o una cesárea anterior, entre otros.

Alto Riesgo Tipo III: La gestación ocurre en mujeres con enfermedades de base, tales como diabetes, placenta previa, pre-eclampsia o eclampsia, VIH, etc.

5. ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO

5.1 NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

Tradicionalmente la nutrición en la mujer embarazada es deficiente por generaciones porque aunque es suficiente en cantidad es deficiente en calidad se debe a múltiples factores entre los que están sociales, culturales, religiosos, económicos

Satisfacción de las necesidades orgánicas en tanto requerimiento diarios para lograr el buen funcionamiento de los síntomas del organismo.

La embarazada debe cubrir las necesidades del feto en el crecimiento lo que indica la necesidades de consumir mayor cantidad de nutrientes la embarazada no debe de someterse a dietas de reducción.

Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y

minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres,

1.-frutos secos, cereales integrales y fruta.

2.- El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

3.- La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

4.-Esta recomendación sustituye la anterior recomendación de la OMS

5.- El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

6.- Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 sobre la pre-eclampsia y la eclampsia y reemplaza la recomendación de la OMS de 2013 sobre los suplementos de calcio

5.2 ALIMENTACIÓN MATERNA

PARAMETRO	BUENA	MALA
DIENTES	Fuertes durables y resistentes a caries	Débiles no duran pres posición a caries
HUESOS	Fuertes sanos no pierden morfología normal	Débiles tenencia a fracturas as osteoporosis
SISTEMA INMUNITRIO	Fortalecida con mayor resistencia a enfermedades y mejor evolución	Mayor predisposición de enfermedades mayor infecciones
DESARROLLO PSICOMOTRIZ	Buen desarrollo psicomotor y facilidad de aprendizaje	Mal desarrollo psicomotor disminuye el coeficiente intelectual
	Rápida evolución	Mala cicatrización con

CICATRIZACION	posterior queloides	menos	cicatrización queloide y débiles
ENFERMEDADES EN GENERAL	Se enferman cuando se presentan de menor tiempo de evolución	menos son de evolución	Mayor predisposición enfermedades mal pronóstico mayor tasa de complicaciones
LONGEVIDAD	Mayor probabilidad de vivir ms tiempo de enfermedades degenerativas	menor de crónicas	Esperanza de vida mas corta mayor predisposición a enfermedades crónico degenerativas

5.3 LOS NUTRIENTES BÁSICOS EN EL EMBARAZOS

HIERRO

Es un mineral pesado que se encuentra en la naturaleza en 2 formas libre y en forma de compuestos químicos para el consumo en una embarazada debe ser:

7mg/dia por lo cual se recomienda 27mgs de hierro ferroso al día

En mujeres en hemoglobina normal

VITAMINAS

Acido fólico

La dosis recomendada es de 5mg

Se recomienda administrarla antes de la concepción hasta las 12 semanas de gestación

La vitamina A

Considerada teratógeno, en la primera semana de gestación la administración de esta vitamina puede ser peligrosa la dosis recomendada es de 10,00 25,000 unidades pude ocasionar efecto teratógeno

Suplementos de zinc: Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas

Suplementos de vitamina B6 (piridoxina) No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.

Suplementos de vitamina E y C

No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales

Suplementos de vitamina D

No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales.

Restricción del ingesta de cafeína

Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día)¹¹ disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo

Calorías: Incremento de 15-20% sobre los requerimientos basales, + 300 kcal/día (aprox.2200 cal/día total)

Proteínas: 1g/kg + 20g/día (75 g/día)

Calcio: 1200 mg/día (1 litro de leche)

Folatos: Ac. Fólico 0.4 - 4 mg/día

AGUA

1cc x C/cal diaria, es decir 2500cc.

Ingesta diaria tiene que ser de 1000cc = 8 vasos si los alimentos proporcionan otros 1000cc y la oxigenación de hidrógenos en alimentos es de entre 400 y 500cc

El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si $\geq 5\%$ de las mujeres de una población tienen antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si $\geq 20\%$ de las embarazadas tienen un nivel de retinol en suero $< 0,70 \mu\text{mol/L}$. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población utilizando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

5.4 DIETÉTICAS

En el embarazo se tiene que llevar a cabo una buena alimentación y evitar diversos alimentos:

Evitar el acceso de alimentos irritantes condimentados, evitar las bebidas gaseosas disminuir el consumo de repostería.

Tomar al menos 6 vasos de agua al día 1.5 litros evitar alimentos entre comidas

Ejercicio físico

Evitar ejercicio de impacto en el embarazo puede caminar media hora máximo al día natación se puede practicar pero en albercas limpias

Yoga

Método de mase

Psicoprofilaxis (debe ser después de las 20 SDG)

Signos y síntomas

Nauseas Hipereplexia Apetito caprichoso

Mareo Vomito hiperplexia anorexia alteraciones en el nitamero

Prurito incontinencia urinaria tenesmo rectal

NIVEL NEUROLÓGICO

Cefalea alteraciones en el carácter, mayor labilidad emocional puede llegar a tener depresión por las alteraciones de los neurotransmisores aumento en el embarazo

No es correcta la idea generalizada de que se debe aumentar un kilo por mes el aumento de peso deberá hacer proporcional al peso que entra al embarazo con bajo peso se le tolera un aumento mayor de peso mientras que las pacientes con sobre peso deben subir menos.

Delgada..... 15-18kg

Peso ideal11-13kg

Obesidad.....9-10kg

Las primeras 3 semanas l mayoría de las mujeres embarazada bajan de peso por las nauseas apetito caprichoso, no comen bien mala nutrición deshidratación sin embargo no es significado preocupante a menos que baje un 10% de su peso también lo mismo preocupante si hay un aumento súbito de peso que ya indique una patología, pre-eclampsia diabetes gestacional.

En la consulta prenatal debe pesarse al paciente de preferencia con vejiga vacia y ropa ligera sin accesorios

En la segunda mitad del embarazo (20 SDG)

La ganancia aproximada de peso será 500 gramos por semana

5.5 ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO

Diabetes mellitus gestacional

Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS.

Consumo de tabaco

Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si

Consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno.

Uso de sustancias Los profesionales de atención de la salud deberían preguntara todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis

En entornos de alta prevalencia,¹⁸ las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacente

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) una hora después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática de 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral

La diabetes mellitus durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL)
- glucosa plasmática $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa en plasma al azar $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) en presencia de síntomas de diabetes.

Los entornos de alta prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete

a las pruebas de detección pertinentes. Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es

inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes. En entornos en los que la epidemia del VIH está generalizada o concentrada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de la gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo

- **5.6 HIGIENE**

- La embarazada tiene que tener una higiene adecuada
- Baño diario
- Aseo genital con jabón neutro
- Aseo bucal diario 3 veces al día después de cada alimento
- Cuidado de las encías
- Aseo en orificios naturales
- Fosas nasales, oído externo
- Cambios de ropa diario
- Uso de ropa de fibra naturales
- Ropa holgada que permita buena ventilación

- Zapatos bajos de 7cm, suela antiderrapante de piel por las infecciones y como
- Usar albercas higiénicas
- No usar juegos acuáticos
- no exponerse al sol
- evitar licras, ropa apretada fajas de maternidad
- desodorante
- corte de uñas adecuado con cortaúñas
- lubricar el pezón con aceite.

Si se puede utilizar tintes de cabello en poco contacto con el cuello cabelludo evitar inhalación de vapores tóxicos tinera guarras gasolina evitar la vida sexual

5.7 COITO EN EL EMBARAZO

Se tiene que evitar el coito durante el embrazo por las siguientes razones:

- Infecciones vaginales
- Amenazas de aborto
- Parto pre-termino
- Desprendimiento prematura de placenta normo inserta
- Rompimiento prematuro de membranas
- Sangrado

5.8 MEDICAMENTOS

En el control prenatal la embarazada tiene que administrar los siguientes medicamentos para llevar un adecuado embarazo

Acido fólico se tiene que tomar 5 mg por día los primeros 3 meses

- Vitaminas- minerales
- Ácidos omega 3
- Docospantanoico
- Eicosatetraenoico

- Docosaheenoico
- Ácido lonolenoico

Calcio se tiene que administrar durante todo el embarazo a partir del 3 meses

6 . - COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Otros problemas surgen durante el embarazo. Más allá de que una complicación sea común o extraña, siempre hay maneras de lidiar con los problemas que se presentan durante el embarazo. y son las siguientes :

Como complicaciones urinarias, gastrointestinales , respiratorias ,diabetes gestacional, placenta previa en el embarazo, náuseas y vómitos incontrolados y persistentes, retención de líquido amniótico, pre-eclampsia, embarazo ectópico, aborto espontáneo, etc.

6.1 COMPLICACIONES URINARIAS

Las infecciones urinarias en el embarazo son las más frecuentes debido a los siguientes factores:

Estasis urinaria disminución de líquidos dilatación de uréteres dilatación de la pelvis y cáliz renales la vejiga se vuelve hipotónica el pH se alcaliniza aumento de excreción de nutrientes por orina mayor filtración de glucosa por la orina aumento de flujo vaginal en la mujer embarazada cercanía de la uretra con el ano, la uretra corta y los malos hábitos higiénicos.

El pilara para la detención de la ivus es la historia clínica, tomando en cuenta síntomas y signos :

SÍNTOMAS:

- Disuria

- Nicturia
- poliaquiuria
- Tenemos vesical
- Urgencia urinaria

SIGNOS:

- fiebre
- escalofríos
- incontinencia urinaria.

LOS GÉRMENES EN LAS IVUS SON :

- Eschericha coli
- Proteus
- Enterococcus
- Klibsella
- Pseudomona aureginosa

ETIOLOGÍA

- Malos hábitos higiénicos
- Baños públicos
- Albercas
- Manipulación local
- Relaciones sexuales

ESTUDIOS DE LABORATORIO

EGO se realiza con la ,media orina de la mañana a medio chorro, no menstruando ni haya tenido coito.

Si se encuentra una infección de ivus ya comprobado por el EGO seguiría un uro-cultivo con anti-biograma de 72 horas de incubación nos detectara el germen y el antibiótico .

Germen 100,000 UFC, durante el embarazo es común encontrar una ivu llamada “ bacteriuria asintomática cistitis de la recién casada “ si no es trata adecuadamente puede avanzar una IVU severa o intensa por lo tanto el EGO es un estudio obligatorio de control prenatal .

MANEJO DEL TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES:

- hiperhidratacion
- ropa ajustada
- evitar relaciones sexuales

MEDICAMENTOS:

- El medicamento ideal es la nitrofurantoina capsulas de 100 mg
- Fosfomicina 500 mg capsulas
- Amoxicilina con acido clavulanico 875/125+
- Bintal ampicilina tabletas 1 gramo

6.2 LITIASIS

Son presencia de litos en las vías urinarias a cualquier nivel. Los cálculos deben ser de calcio.

ETIOLOGÍA

- Herencia
- falta de actividad física
- baja ingesta de líquidos
- Sedentarismo

DIAGNOSTICO

historia clínica completa, una solicitud de EGO infección hematórica placa simple de abdomen en el primer trimestre esta prohibida USG urografía excretora urotac pudiera indicarse una resonancia magnética.

TRATAMIENTO

Cirugía extracción de litos pero en el embarazo no se realiza la litotripsia esta contraindicada en el embarazo .

6.3 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

La gripe es muy transmisible que no deja inmunidad y para la cual no hay vacuna ataca al tracto respiratorio superior :nariz laringe faringe no es una infección sistémica es a nivel local su transmisión es por contacto directo y secreción de la persona afectada.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- evitar corrientes de aire
- Cambios bruscos de temperatura
- Evitar baños con agua fría
- Evitar alimentos fríos
- Tomar abundantes líquidos

MEDICAMENTOS

- Paracetamol
- Acetaminofén
- Están contraindicados los vaso constructores como la fenilefrina , loratadina y los anti-virales

6.4 BRONQUITIS

Es una inflamación de los bronquios

ETIOLOGÍA

- Bacteriana
- Viral
- Mixta
- Alérgica
- Química
- Anafiláctica

Modo de transmisión son generalmente por un cuadro gripal mantenido por transmisión de personas es rara pero puede suceder en el caso del origen viral.

La bronquitis puede causar en el embarazo, generalmente la tos es muy intensa puede provocar amenaza de aborto, ruptura de membranas prematura, desprendimiento prematuro de placenta y partos pre términos y hemorragias.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica completa, signos y síntomas

Las características de la expectoración nos orientaran hacia la etiología, una expectoración mucopurulenta amarilla verdosa habla de una bronquitis infecciosa.

Una expectoración espumosa nos indica una bronquitis alérgica irritativa y química.

Una expectoración aperlada nos habla de una bronquitis viral y una expectoración con sangre es sepsis.

Generalmente cuando se presenta la tuberculosis, cáncer o irritación bronquial.

Cuantas veces se presente la tos en frecuencia la tos aislada, se realizara un cultivo de expectoraciones y se puede indicar una placa de tele de tórax después de las 20 SDG o si es antes de las 20 SDG se puede tomar protegiendo el abdomen materno con un mandil de plomo.

TRATAMIENTO

Si la bronquitis bronquitis es leve, el tratamiento es domiciliario con las siguientes medidas generales evitar corrientes de aires, cambios bruscos de temperatura, cubrirse y evitar baños con agua muy fría, tomar abundantes líquidos, no se darán sedantes para la tos y se indicaran ejercicios respiratorios ya sea con globos o puño percusiones.

MEDICAMENTOS

En base a la etiología, si es bacteriana generalmente se puede dar medicamentos de alto aspecto por vía oral y se indicara

- amoxicilina/ acido Clavulanico 875/125mg 1por 2 por 10 ,
- fosfomicina de 500mg 1 por 4 por 10,
- azitromicina de 500mg 1 por 1 por 3,
- Puede usarse el ambroxol 5ml 1 por 3 PRN.

Si la bronquitis es de origen viral no se administrara antibióticos y se indica una prueba rápida para la influenza, ya sea tipo A o tipo B y el único antiviral que se indicara es el oseltamivir

En caso de la bronquitis irritativa o alérgica, se busca la causa y se aleja de la gente causal.

En la bronquitis grave el tratamiento es hospitalario además de las medidas generales, se le agrega nebulizaciones para pudificar secreciones agregadas, oxigeno a 2L por min. Por catéter binasal porque provoco hipoxia, después se indica solución Hartmann-glucosa para 12 horas y su tratamiento será intravenoso ceftriaxona 1g c/12, fosfomicina 1g iv c/6 horas. Este esquema se mantiene de 2 a 3 días después se cambia a vía oral para completar 10 días de tratamiento.

6.5 NEUMONIA

Es una inflamación del parénquima pulmonar, es una enfermedad grave y en la embarazada es una enfermedad aun mas grave, implica mayor riesgo para el feto incluyendo mayor grado de hipoxia.

ETIOLOGIA

- Es bacteriana
- Viral
- Mixta

Dentro de las bacterias mas comunes la Klesella neumonía pero hay otras más como el estreptococos neumonía y la pseudónima eruginosa y de origen viral H1N1

DIAGNOSTICO

En base a la historia clínica completa en la neumonía casi no hay tos, por lo tanto se puede realizar un cultivo de expectoración pero si se puede tomar una radiografía de tele del tórax después de la mitad del embarazo, se va a visualizar una zona velada donde está el foco neumónico, la placa del tórax nos dará una idea de la gravedad de la neumonía para esta manera instituir un tratamiento adecuado.

CUADRO CLINICO

Dolor intenso, punzante cognitivo en el sitio de la neumonía en el foco neumónico se presenta cefalea, fiebre, escalofríos, abstemia, adinamia, anorexia, diaforesis, ardor en la garganta, hipoxia con cianosis peri bucal y acrocianosis, tos seca por exceso.

MANEJO DE LA NEUMONIA

Es intrahospitalaria y la embarazada debe de manejarse en terapia intensiva. Se pide la valoración del neumólogo o bien por internista.

MEDIDAS GENERALES

MEDICAMENTOS

Solución Hartmann-glucosa de 1000 para 6 HR, clindamicina 300mg cada 6 horas y ceftriaxona 1g cada 6 horas. Y si es tratamiento en caso de que sea viral se le indicara oseltamivir de 75mg 1por2 por 5, al pasar tres días después se le indicara una tele del tórax de control para ver la mejoría se valorara el cambio de antibióticos o se aumentara la dosis, después de 5 días el tratamiento IV se cambiara a tratamiento ora

6.6 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES

En el embarazo se relaciona con el tracto gastrointestinal, lo que no es de extrañar, debido a que el embarazo, con sus alteraciones acompañantes físicas, hormonales y psicológicas, afecta significativamente la función intestinal a varios niveles.

6.7 HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Es propia del embarazo caracterizado por la presencia del vomito intenso incontenible y espontaneo de origen real o imaginario .

ETIOLOGIA

El 80% de las pacientes que se presentan con hiperémesis gravídica es psicológico el 20% de a las hormonas HGC cuando existen altas cantidades o altas cifras de HGC, embarazo múltiples, embarazo molar ,enfermedad trofoblastica de la gestación. Es una enfermedad que pone en riesgo la vida de la madre y de su producto debido a que se puede presentar deshidratación, desnutrición, anemia además de gastritis o esofagitis por reflujo

CUADRO CLINICO

En el embarazo se presenta vomito intenso e incontrolable, no responde a los antieméticos normales, perdida de peso, deshidratación, anemia y sangrados

conjuntivales, hernias umbilicales e inguinales, amenazas d aborto y un estado de depresión

DIAGNOSTICO

En base a la historia clínica y hacer énfasis en los aspectos psicológicos

TRATAMIENTO

Su tratamiento es intrahospitalario con las medidas generales Signos vitales cada 4hr, ayuno absoluto, reposo decúbito lateral izquierdo, control de líquidos , monitoreo fetal, movimientos fetales, vendaje de miembros inferiores y vigilar datos de aborto

MEDICAMENTOS

Solución Hartmann glucosa de 1000 para 6hrs con cargas de solución Hartmann de 200 ml para tener una diuresis de 60ml por hr.

Dimen hidrato de 50mg, ondacetron de 8mg y ranitidita de 50mg

6.8 COLESTASIS INTRAHEPATICA

Se refiere a la circulación lenta de la bilis dentro de las vías biliares intra-hepaticas

ETIOLOGIA

- El sedentarismo,
- disminución del consumo de líquidos
- , aumento del consumo de alimentos grasosos y aumento del colesterol

CUADRO CLINICO

Prurito generalizado, tendencia deformación de litos, problemas digestivos, distinción abdominal, intolerancia a los colecistoquineticos

DIAGNOSTICO

Historia clínica completa, ligera elevación de la bilirrubina.

TRATAMIENTO

De ambulación, evitar alimentos con colesterol y grasas.

MEDICAMENTOS COLESISTOQUINÉTICOS

Colerético y colagogos cholex capsulas 1 por 3 espaven enzimático 1 por 2 PRN

6.9 COMPLICACIONES LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico es un elemento vital para el desarrollo del bebé dentro del útero materno. Entre otras cosas, le protege de lesiones y de la pérdida de calor, por tanto es primordial que se mantenga la cantidad adecuada de líquido, siendo una de las mayores preocupaciones en el embarazo las pérdidas de líquido amniótico.

El líquido amniótico es un fluido líquido acuoso y ligeramente amarillento. Contiene nutrientes esenciales para el crecimiento del bebé como proteínas, carbohidratos, lípidos y fosfolípidos, urea y electrolitos, los cuales traga y luego elimina a través de la orina.

Lo cierto es que las pérdidas desconciertan mucho a la embarazada, sobretodo hacia el final del embarazo cuando es difícil distinguir entre una pérdida de líquido amniótico o la rotura espontánea de bolsa, la cual indica que ha comenzado el trabajo de parto.

Una rotura prematura de bolsa, es decir, antes de la fecha de parto, podría implicar riesgo de parto prematuro o de aborto. ¿Cómo detectar las pérdidas del líquido amniótico?

6.10 DETECTAR LAS PÉRDIDAS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

Al perder líquido amniótico se moja la ropa interior con un líquido acuoso que fluye lento pero constantemente, o al realizar determinados movimientos.

Se distingue del flujo vaginal porque éste es filamentoso y de la orina porque no presenta ese olor tan característico de la orina. De todos modos, se pueden confundir fácilmente las pérdidas de orina o flujo con líquido amniótico.

Un truco que me ha recomendado mi ginecólogo hacia el final de mi último embarazo es el de colocar un pañuelo oscuro en la ropa interior. Si deja restos es flujo vaginal, si sale húmedo y huele a pis, es pis, pero si sale húmedo y no huele es líquido amniótico.

De cualquier modo, ante la menor sospecha debes acudir al médico para comprobar si se trata o no de una pérdida de líquido amniótico, quien evaluará el estado y la cantidad del líquido por medio de una ecografía.

Causas relacionadas con las pérdidas de líquido amniótico

En ocasiones se desconoce la causa que las provocan, pero entre las más frecuentes destacan:

Infección congénita

Después de una amniocentesis. Puede suceder que haya pérdida de líquido amniótico después de practicar la amniocentesis, es por eso que se debe controlar especialmente a la embarazada después de esta práctica. Por lo general, la fisura cicatriza por sí sola, se interrumpe la pérdida y el líquido vuelve a su nivel normal.

Mujeres con antecedentes de rotura prematura de bolsa

¿Qué hacer ante sospecha de pérdida de líquido amniótico?

El líquido amniótico es el medio en el que vive en el bebé dentro del vientre materno. Le protege, alimenta y ayuda a su desarrollo por tanto es muy importante que se encuentre en óptimas condiciones.

Si crees tener una pérdida de líquido amniótico en cualquier momento del embarazo debes acudir al médico para que valore los niveles de líquido amniótico y el estado de la gestación.

6.11 SANGRADO.

El sangrado durante la última etapa del embarazo puede acarrear complicaciones en la placenta, una infección vaginal o de cuello del útero, o un parto prematuro. Las mujeres que sangran durante la última etapa del embarazo pueden tener un mayor riesgo de perder el feto y sufrir hemorragias (sangrado excesivo). Deberá informar inmediatamente a su doctor sobre cualquier tipo de sangrado que ocurra durante el embarazo.

causas son:

Sangrados inter-menstruales ligeros, que ocurren cuando sigues teniendo tu ciclo menstrual a pesar de que las hormonas del embarazo se le superponen. Esta clase de sangrado podría ocurrir varias veces en el embarazo.

Sangrado de implantación, que puede suceder cuando el óvulo fertilizado se implanta en el útero. Se cree que este tipo de sangrado ocurre con menor frecuencia que los sangrados inter-menstruales.

Erosión o ablandamiento del cuello uterino. Este sangrado también puede estar relacionado con una infección vaginal o del cuello del útero, o la formación de un pequeño pólipo. Estas tres condiciones pueden hacer que sangres cuando el cuello uterino se raspa o se irrita, como por ejemplo durante las relaciones sexuales.

Es común que tengas un poco de sangrado al principio del embarazo, pero es importante que se lo comuniques a tu médico o partera si te pasa. Tal vez te recomienden que vayas al hospital.

En el hospital están preparados para tratar los problemas que pueden ocurrir al principio del embarazo. Para que puedan establecer la causa del sangrado y asegurarse de que todo está bien, podrían hacer lo siguiente:

Hacerte un análisis de sangre o de orina para verificar los niveles de las hormonas del embarazo.

Examinarte tu cuello uterino para comprobar que esté cerrado y no haya signos de infección (cervicitis).

Hacerte una ecografía o prueba de ultrasonido.

Verificar los latidos del corazón del bebé a través de un ultrasonido.

Los médicos muchas veces se refieren a los sangrados que ocurren al principio del embarazo como una "amenaza de aborto", aunque esto no significa que vayas a perder el embarazo. Normalmente, las señales de alerta de un aborto espontáneo son cólicos abdominales fuertes y una hemorragia intensa que hasta podría contener coágulos.

A veces las mujeres que tuvieron sangrados en los primeros meses del embarazo están más propensas a tener problemas más adelante. Sin embargo, muchas futuras mamás sufren sangrados en las primeras semanas y tienen bebés perfectamente sanos.

No siempre es posible detectar la causa de algunos sangrados ligeros. Si tienes un leve sangrado y este se interrumpe, lo más probable es que todo esté bien con el embarazo y tu bebé

6.12 EMBARAZO ECTÓPICO.

Un embarazo ectópico es el desarrollo del feto fuera del útero. Esto puede ocurrir en las trompas de Falopio, el canal del cuello del útero o la cavidad pélvica o abdominal. La causa de un embarazo ectópico generalmente es el tejido cicatricial de la trompa de Falopio de una infección o una enfermedad. El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres que se sometieron a procedimientos para ligar las trompas, especialmente en aquellas que tenían menos de 30 años al momento de la ligadura.

Los embarazos ectópicos ocurren aproximadamente en 1 de cada 50 embarazos, y pueden poner en riesgo la vida de la madre. Los síntomas pueden incluir sangrado vaginal ligero y cólicos. Cuanto más dure el embarazo ectópico, mayor será la posibilidad de que se rompa una trompa de Falopio. Para confirmar el

diagnóstico, se pueden llevar a cabo análisis de sangre y ecografías. El tratamiento para el embarazo ectópico puede incluir medicación o la remoción quirúrgica del feto.

Los síntomas más comunes que suelen indicar un embarazo ectópico son:

- Sangrado

El síntoma más evidente del embarazo extrauterino es la aparición de un sangrado anormal, diferente del de tu periodo menstrual (sangre más oscura o más acuosa). Estas hemorragias pueden producirse precozmente (y ser confundidas con simples reglas), pero también puede suceder que la hemorragia sólo se desencadene al cabo de dos o tres meses. En estos casos, puede resultar mortal para la madre.

- Dolor en la parte baja del abdomen

El dolor puede aparecer repentinamente y sin motivo aparente o de forma gradual durante varios días. Puede aparecer únicamente en un solo lado.

- Dolor en el hombro

Esto se produce debido a fugas de sangre en el abdomen. El dolor está presente todo el tiempo y empeora cuando estás tumbada. Además el dolor no desaparece con analgésicos.

- Dolor de abdomen

Podrías tener diarrea o dolor en la parte alta del intestino.

- Dolor severo / colapso

Es el síntoma más extremo del embarazo ectópico y se trata de una situación de emergencia. Consiste en un dolor intenso causado por la rotura de la trompa de Falopio y la hemorragia interna. Solo en raras ocasiones el colapso es la primera señal de un embarazo ectópico.

DIAGNOSTICO

Para prevenir este peligro es necesario intentar detectar lo antes posible el embarazo extrauterino .En la mayoría de embarazos extrauterinos se comienza a sospechar que la gestación no está desarrollándose adecuadamente entre la semana 6 y la semana 10 del embarazo. El diagnóstico de embarazo ectópico se puede confirmar mediante los siguientes métodos:

Examen médico

Si sospechas que puedes sufrir un embarazo ectópico lo mejor es que pides a tu médico que te examine. Tras preguntarte por tus síntomas y tu historial clínico, el doctor examinará tu abdomen y te realizará, si lo cree necesario, un examen vaginal. Si todavía no te has hecho un test de embarazo, lo hará para confirmar que, en efecto, estás embarazada. Si el resultado es negativo, sin duda el embarazo extrauterino no puede ser la causa de tus síntomas.

ECOGRAFÍA

Cuando la prueba del embarazo es positiva y, sin embargo, la ecografía no revela la presencia del embrión en el útero, el diagnóstico de embarazo ectópico o extrauterino es muy probable. Se deberá confirmar con una laparoscopia.

LAPAROSCOPIA

Realizada bajo anestesia general, la laparoscopia consiste en introducir en el abdomen, por una pequeña incisión en la pared abdominal, un aparato óptico que permite visualizar los órganos y a través del cual pueden introducirse instrumentos quirúrgicos en caso necesario

Hay diversas pruebas para detectar un embarazo ectópico. La ecografía y el análisis de sangre son procedimientos para el diagnóstico del embarazo ectópico

TRATAMIENTO CON METOTREXATO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

El tratamiento con metotrexato del embarazo ectópico deberá ser indicado por tu médico. Debes informarte sobre los efectos secundarios del metotrexato.

A causa de un embarazo ectópico puede provocar:

6.13 ABORTO ESPONTÁNEO O PÉRDIDA DEL FETO.

Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo que ocurre hasta las 20 semanas de gestación. La mayoría ocurre antes de las 12 semanas. Los abortos espontáneos suceden en alrededor del 15 % al 20 % de los embarazos, y generalmente se deben a anomalías genéticas o cromosómicas.

Usualmente, ocurren luego de la aparición de sangrado vaginal ligero y cólicos fuertes. Para confirmar un aborto espontáneo, pueden realizarse análisis de sangre y ecografías.

A menudo, el feto y el contenido del útero se expulsan naturalmente. Si esto no sucede, será necesario un procedimiento llamado "dilatación y raspado". Este procedimiento se realiza con instrumentos especiales para quitar el embarazo anormal.

Puede haber una pérdida del feto durante el segundo trimestre, si el cuello del útero es débil y se abre muy prematuramente. A esto se lo denomina "cuello incompetente". En algunos casos de cuello incompetente, el médico puede ayudar a prevenir la pérdida del embarazo al suturar el cuello y mantenerlo cerrado hasta el momento del parto.

6.14 COMPLICACIONES PLACENTARIAS.

La placenta es un órgano de vital importancia en el embarazo. Se forma desde el momento de la implantación del embrión en el útero y es la encargada de transmitir al bebé el oxígeno y los nutrientes necesarios para su crecimiento, así como de segregar hormonas esenciales durante la gestación y de proteger al feto en el seno materno filtrando las sustancias nocivas.

Pueden presentarse complicaciones de la placenta al existir diferentes tipos de anomalías o provocar alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

Puede haber alteraciones en el sitio de implantación, en el grado de madurez y en la forma de la placenta, o puede ocurrir un desprendimiento prematuro o presentar problemas en el alumbramiento.

A continuación detallaremos cuatro de las complicaciones de la placenta más frecuentes:

- placenta previa,
- desprendimiento de placenta,
- placenta envejecida y placenta adherida

6.15 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.

Algunas veces, la placenta se separa de la pared uterina en forma prematura o demasiado pronto. A esto se lo denomina "desprendimiento prematuro de la placenta" y puede ocasionar sangrado y menor cantidad de oxígeno y nutrientes enviados al feto. La separación puede ser total o parcial, y usualmente se desconoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta. Este desprendimiento ocurre aproximadamente en 1 de cada 120 nacidos vivos.

6.16 EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

El desprendimiento de placenta es una situación en la que la placenta comienza a desprenderse de la pared uterina durante el embarazo o el parto. Puede ser parcial o completa y priva al bebé de oxígeno y nutrientes. Los signos reveladores son dolor abdominal, sangrado y dolor a veces hacia atrás.

La causa exacta de un desprendimiento de la placenta no es clara en este punto, pero sí sabemos cuáles son los factores de riesgo: fumar durante el embarazo, el uso de drogas, la presión arterial alta y de ser una madre más. es más común en mujeres fumadoras, mujeres con hipertensión, embarazo múltiple y/o mujeres que

ya hayan tenido hijos o con antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.

El diagnóstico generalmente se confirma a través de un examen físico completo y una ecografía. Las mujeres que padecen de esta condición usualmente necesitan internación y podrían tener que dar a luz en forma prematura.

Es tratamiento depende de la medida en que la placenta separada y la etapa del embarazo. Si no está cerca de su fecha de vencimiento, la placenta desprendida sólo parcialmente y su bebé parece estar creciendo normalmente, un control cuidadoso puede ser el único tratamiento.

Un grado más complicado de desprendimiento y una etapa más avanzada del embarazo, probablemente significará su médico va a recomendar una cesárea para dar a luz

6.17 PLACENTA PREVIA.

La placenta comienza a formarse en el mismo lugar un embrión primeros implantes. La placenta previa es una complicación en la que la placenta se encuentra en un lugar inusualmente baja dentro de la cavidad uterina. La placenta es peligrosamente cerca del cuello del útero con una placenta previa parcial, mientras que una placenta previa completa significa que la placenta realmente cubre el cuello uterino.

Ambos casos representan un problema grave. El bebé todavía depende de la placenta durante el parto y el nacimiento, y no conseguiría oxígeno sin ella.

Dado que el bebé necesita para pasar a través del cuello del útero para nacer, las mujeres que tienen placenta previa necesitan una cesárea programada antes de la fecha de vencimiento de su bebé.

La ubicación de la placenta de un bebé se registró durante una ecografía de rutina en alguna parte entre 18 y 21 semanas de embarazo. No sea aterrorizado si su ultrasonido muestra que usted tiene una placenta baja en este momento, ya que existe la posibilidad de que se “subir”, lejos del cuello del útero, más tarde en el

embarazo. Si bien la propia placenta no se mueve, el útero se expande y una placenta baja durante el segundo trimestre del embarazo, así se puede mover fuera del camino debido a esto.

La placenta previa es una de las causas más comunes de sangrado vaginal durante el segundo y tercer trimestres. La placenta es un entorno extremadamente rico en sangre, y el sangrado se vuelve cada vez más probable que su bebé crece y ejerce presión sobre ella.

Las mujeres que notan sangrado vaginal siempre deben informar a su proveedor de atención médica tan pronto como sea posible para asegurar que puedan recibir el mejor tratamiento posible. Si se le diagnostica placenta previa y experiencia de sangrado, puede que tenga que tomarlo con calma. Usted debe abstenerse de tener relaciones sexuales y el ejercicio vigoroso e incluso podría requerir reposo en cama.

6.18 PLACENTA ENVEJECIDA

En condiciones normales, el envejecimiento de la placenta se produce hacia el final del embarazo. Su función es la de nutrir al bebé durante todo el embarazo hasta el momento del parto.

Sin embargo, en ocasiones, cuando se supera la fecha de parto o por otras causas como hipertensión arterial o pre-eclampsia de la madre, se produce un envejecimiento de la placenta, disminuyendo su funcionamiento normal y poniendo en riesgo la vida del bebé.

Hay distintos grados de madurez o envejecimiento de la placenta. Es importante llevar un adecuado control prenatal para controlar el nivel de madurez de la placenta a través de ecografías. En ocasiones se pueden apreciar calcificaciones en su morfología, pero su presencia no siempre significa que la placenta no esté cumpliendo su función.

Cuando una placenta se presenta en el grado II o III antes de la semana 34 puede decirse que está envejecida prematuramente.

Esta insuficiencia determina malnutrición uterina pudiendo provocar un parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado o un bebé de bajo peso al nacer.

Hay mayor riesgo de placenta envejecida en mujeres mayores de 35 años, multíparas, con pre-eclampsia, tabaquismo y déficits nutricionales

6.17 PLACENTA ADHERIDA O PLACENTA ACRETA

La placenta acreta es la que está anormalmente adherida al útero. Sucede cuando se produce una penetración de la placenta más allá de la superficie endometrial del útero pudiendo llegar a invadir el músculo uterino u órganos vecinos.

Puede provocar sangrado en el último trimestre de embarazo, pero generalmente no se detecta hasta el parto cuando aparecen dificultades para desprender la placenta después del nacimiento del bebé, pudiendo provocar una inversión uterina.

Según el grado de penetración o adherencia de la placenta y de la extensión de placenta que esté adherida, el médico evaluará la necesidad de extirpar el útero pues intentar despegar la placenta podría agravar el problema.

Es una de las complicaciones de la placenta menos frecuente, que se presenta principalmente en los casos de placenta previa

6.19 PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA.

La pre-eclampsia, también conocida como toxemia, se caracteriza por la hipertensión inducida durante el embarazo, elevados niveles de proteína en la orina e hinchazón debido a la retención de líquidos. La eclampsia es la forma más grave de este problema, que puede ocasionar convulsiones, coma e incluso la muerte.

Se desconoce la causa de la pre-eclampsia, pero es más común en embarazos primerizos. Afecta a alrededor del 7 % al 10 % de mujeres embarazadas. Otros factores de riesgo para la pre-eclampsia incluyen:

Mujeres gestando fetos múltiples.

Madres adolescentes.

Mujeres mayores de 40 años.

Mujeres con hipertensión, diabetes y/o enfermedades renales presentes antes del embarazo.

Los síntomas pueden incluir hinchazón severa de las manos y la cara, hipertensión, jaqueca, mareos, irritabilidad, menor diuresis, dolor abdominal (del vientre) y visión borrosa.

El tratamiento variará de acuerdo con la severidad de la condición y la etapa del embarazo. El tratamiento puede incluir la internación, reposo en cama, medicación para bajar la hipertensión y chequeos más seguidos tanto del feto como de la madre

6.20 COMPLICACION DE LA DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que algunas mujeres desarrollan durante el embarazo. Alrededor del dos al 10 por ciento de las futuras mamás desarrollan esta enfermedad, considerada una de las más comunes del embarazo.. La diabetes es una enfermedad complicada..

Sin embargo, si tu cuerpo no produce suficiente insulina, o si las células de tu organismo no responden bien a la insulina, la glucosa se queda circulando por la sangre en lugar de llegar a las células y convertirse en energía.

Es posible que ahora que estás embarazada, tus células no respondan tan bien a la insulina, debido a tus cambios hormonales. Para las futuras mamás, eso no representa ningún problema ya que simplemente el páncreas crea más insulina. Sin embargo, otras mujeres no pueden, y por lo tanto los niveles de azúcar en su sangre se elevan demasiado. Es entonces cuando aparece la diabetes gestacional o diabetes del embarazo.

En la mayoría de los casos, este tipo de diabetes desaparece cuando el bebé nace pero, una vez que la has tenido, tienes más riesgo de que aparezca en otros embarazos y también de desarrollar diabetes del tipo.

COMO IDENTIFICAR LA DIABETES EN EL EMBARAZO

La diabetes gestacional usualmente no presenta ningún síntoma. Es por ello que a casi todas las mujeres embarazadas se les realiza una prueba que se llama prueba de tolerancia a la glucosa entre las 24 y las 28 semanas.

Sin embargo, a las mujeres que corren alto riesgo de padecer diabetes o a las que muestran signos de tenerla los médicos les recomiendan hacerse la prueba en su primera visita prenatal y de nuevo entre las 24 y 28 semanas, si el resultado sale negativo.

En caso de que la prueba salga positiva, no quiere decir que tengas diabetes del embarazo, sino que hace falta una prueba más detallada

FACTORES DE RIESGO PARA PADECER DIABETES GESTACIONAL EN EL EMBARAZO

- Sobrepeso
- Has tenido diabetes del embarazo anteriormente.

- Encuentran azúcar en tu orina (la glucosa en la orina se comprueba en todas las visitas prenatales, por eso tienes que orinar en un vasito).
- Hay varias personas en tu familia que padecen diabetes.

Las mujeres embarazada que presentan predisposición genética a desarrollar diabetes gestacional, son por dos importantes razones para que te hagan una prueba de tolerancia a la glucosa. también se tiene que realizar la prueba antes si tienes otros factores de riesgo, como los siguientes:

- Has tenido anteriormente un bebé muy grande s es un peso de casi 4kg

- Has tenido antes un bebé que nació sin vida por causas no explicadas.
- Has tenido antes un bebé con un defecto de nacimiento.
- Tener la presión sanguínea alta.
- Tener más de 35 años.

Encontrar una relación entre el aumento excesivo de peso durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre, y el riesgo de desarrollar diabetes gestacional. Los investigadores descubrieron que el riesgo más alto correspondía a mujeres que tenían sobrepeso y que no eran anglosajonas.

Tener en cuenta que muchas mujeres que desarrollan diabetes gestacional no tienen ninguno de los factores de riesgo.

Es por eso que la mayoría de los doctores recomiendan a todas sus pacientes embarazadas que se hagan la prueba para detectar esta condición, entre la semana 24 y 28 de embarazo

7. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LAS MUJERES EMBARAZADA

Para tener las mejores condiciones de salud posible durante el embarazo es fundamental que acudas a vigilancia prenatal, tan pronto cuando sospeches que te encuentras embarazada.

Las manifestaciones mas comunes son:

- retraso de la menstruación por mas de diez días
- náuseas y en ocasiones vomito sobre todo por las mañanas
- sensacion de plenitud o hipersensibilidad en las glándulas mamarias
- exceso de sueño
- deseos de orinar con mas frecuencia de lo habitual .

7.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS

En el caso de aparición de náuseas y vómitos lo más frecuente es que sean matutinos, pero pueden aparecer a cualquier hora del día y normalmente desaparecen en el segundo trimestre de gestación. Su causa es desconocida; se

piensa que pueden estar relacionados con los niveles de HCG y con los cambios que se producen en el metabolismo de los hidratos de carbono. Otras teorías los relacionan con factores de tipo emocional, como ambivalencia o no aceptación del embarazo. Si son incoercibles pueden provocar desnutrición, importante pérdida de peso y deshidratación. Entonces se habla de hiperémesis gravídica.

Entre los autocuidados que se pueden recomendar se encuentran:

- Tomar hidratos de carbono en ayunas sin acompañarlos de
- líquido y permanecer en cama hasta notar mejoría.
- Evitar periodos largos de ayuno.
- Evitar comidas copiosas; es preferible hacer 5-6 comidas
- ligeras al día.
- Evitar fritos, comidas especiadas, de fuertes olores o que
- produzcan gases.
- Evitar el tabaco.
- Tomar los líquidos entre las comidas.

SÍNTOMAS MICCIONALES: POLAQUIURIA E INCONTINENCIA

El aumento en la frecuencia de la micción es normal en el primer y en el tercer trimestre de la gestación. Sucede por la presión que ejerce el útero sobre la vejiga.

Por otro lado, puede aparecer incontinencia de esfuerzo en el tercer trimestre por y la menor eficacia del esfínter uretral y el peso que ejerce el útero grávido. Debido a los cambios en la anatomía del aparato urinario de la gestante hay mayor riesgo de infecciones urinarias, de especial importancia en el embarazo por estar estrechamente relacionadas con el parto prematuro.

Autocuidados:

Vaciar frecuentemente la vejiga.

No restringir la ingesta de líquidos por el día, pero disminuirla por la noche para evitar la nicturia.

Realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer la musculatura perineal.

Si existen pérdidas de orina, es recomendable el uso de compresas de algodón que permitan la transpiración normal o el cambio frecuente de la ropa interior, que también deberá ser de algodón.

Estar alerta y acudir al médico ante signos de infección como dolor en la micción, quemazón o cambios en las características de la orina.

Lavarse las manos antes y después de acudir al baño. Realizar la limpieza perineal siempre de delante hacia atrás.

7.2 HEMORROIDES

La hemorroides aparecen sobre todo al final del embarazo. Se deben a la elevación de la presión venosa femoral y a la disminución de las resistencias vasculares periféricas. Se agravan por el estreñimiento.

AUTOCUIDADOS:

- Evitar el estreñimiento.
- Realizar baños templados de asiento.
- Aplicar localmente pomadas.

7.3 ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento se relaciona con la disminución del peristaltismo intestinal, el aumento de la resorción de agua, el sedentarismo y los suplementos de hierro oral.

AUTOCUIDADOS:

- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Tomar alimentos ricos en fibra.
- Practicar ejercicio de forma regular.
- Procurar reservar espacios de tiempo para que se produzca la defecación de forma habitual.

7.4 SÍNCOPE O MAREO

La presión arterial de la mujer gestante es más sensible a los cambios de posición.

Por otro lado, el peso del útero en decúbito supino comprime la vena cava superior dando lugar al síndrome de hipotensión supina o síndrome de la vena cava (hipotensión, bradicardia, sudoración, mareo, síncope, sufrimiento fetal).

AUTOCAUIDADOS:

- Cambiar de posición paulatinamente.
- Evitar sitios muy calurosos.
- Evitar la posición de decúbito supino.
- No hacer periodos largos de ayuno.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Revisar la historia clínica.

Valorar el estado general de la gestante: constantes vitales, dolor, estado emocional. Hay que prestar especial atención a la presión arterial y a la temperatura. La infección puerperal es una de las principales complicaciones del puerperio; el foco puede ser una endometritis, la cicatriz de la cesárea o de la episiotomía, las infecciones de las vías urinarias o una mastitis.

Valorar la altura del fondo uterino respecto al ombligo y realizar el masaje uterino. Si el útero se encuentra por encima del ombligo o está desplazado hacia la derecha, es posible que la vejiga se encuentre llena e impida que se contraiga adecuadamente.

Estará indicado el vaciamiento vesical espontáneo o por sondaje para prevenir la hemorragia postparto. Si aun así existe subi-envolución uterina o sangrado

excesivo, puede ser necesaria la administración de fármacos oxicíticos o ergóticos (ergonovina, metilergometrina) pautados por el ginecólogo.

Valorar la cantidad y las características de los loquios. La presencia de coágulos de gran tamaño o sangrado profuso debe comunicarse al ginecólogo de guardia. Unos loquios malolientes son indicativos de infección.

Valorar el periné: edema, equimosis, dolor, estado de la sutura si la hubiera, descartar la presencia de hematoma perineal y valorar las hemorroides (si las hubiera). Enseñar medidas de higiene de la zona perineal y usar frío local si existe gran inflamación.

Valorar las mamas: enrojecimiento, grietas, pezones invertidos.

Asegurarse de que se inicia la micción espontánea y fomentar la eliminación urinaria frecuente.

La dieta será normal con alto contenido en fibra para evitar el estreñimiento. Si la lactancia es materna, habrá que ingerir 500 kcal/día más.

Fomentar la deambulación precoz por la tendencia a los accidentes tromboembólicos y realizar una exploración física de miembros inferiores buscando zonas calientes o enrojecidas y signo de Homan positivo (dolor en el gemelo cuando se realiza la dorsal flexión del pie).

Favorecer la actividad progresiva y el descanso para prevenir la fatiga y la depresión puerperal.

Controlar el dolor con analgesia pautada.

Administrar globulina anti-D si el recién nacido es Rh (+).

Verificar la vacunación de rubéola.

Promocionar la lactancia materna.

Realizar educación sanitaria sobre cuidados de periné, higiene, alimentación, descanso, lactancia, cuidados del recién nacido y signos de alarma.

La actividad sexual puede comenzar cuando el sangrado haya cesado y el desgarro o la episiotomía esté cicatrizada. Aconsejar lubricantes al inicio si existe sequedad vaginal. Aconsejar anticoncepción

7.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE CADA TRIMESTRE DEL EMBARAZO PRIMER TRIMESTRE

Se deben de tomar pruebas de ecografía y análisis, se preguntara sobre la última menstruación y se informara de la posible fecha del parto. Los cuidados del embarazo tienen que ser correspondidos con una pre-dieta equilibrada, puede haber complicaciones y tener el riesgo de tener un aborto, durante el primer mes de embarazo una pérdida desangrado que pasa con pequeños dolores a la cual se le conoce como hemorragias del primer trimestre. Se deben de evitar los medicamentos si no se tienen enfermedades y no está permitido el fumar y el alcohol.

Le sacarán sangre.

se realizarán un examen pélvico completo.

darán una citología vaginal y cultivos para buscar infecciones o problemas. durante esta primera consulta, el médico o la enfermera obstétrica le harán preguntas sobre&

Su salud general.

cualquier problema de salud que tenga.(anteriores embarazos.) medicamentos, hierbas o vitaminas que tome.

Si hace ejercicio o no.

Si fuma o bebe alcohol.

Si usted o su pareja tienen trastornos genéticos o problemas de salud hereditarios. durante las consultas, el médico o la enfermera obstétrica

La pesarán su presión arterial.

aminarán los ruidos cardíacos fetales.

tomarán una muestra de orina para buscar azúcar o proteína. Si se detecta cualquiera de las dos, podría significar que tiene diabetes gestacional o hipertensión arterial causada por el embarazo. exámenes de laboratorio hemograma o conteo sanguíneo completo

determinación del grupo sanguíneo Incluso el factor "h/.

examen del antígeno viral para rubéola

muestra qué tan inmune es usted a esta enfermedad/.

examen de hepatitis muestra si usted tiene hepatitis

examen de sífilis.

examen de 12 muestra si obtienen un resultado positivo para el virus que causa examen de fibrosis quística muestra si tiene fibrosis quística/.-n análisis de orina y un hemocultivo segundo trimestre se entiende de la semana 34 a la 56.

La mayoría de las mujeres no tiene problemas serios y se les programa un patrón común de controles prenatales. cada visita se les pregunta sobre su bienestar fisiológico y emocional, así como si tiene algún problema.

valoración materna

valoración fetal

edad gestacional

complicaciones potenciales maternas o fetales

VALORACIÓN MATERNA:

Constantes vitales y peso (comparación con los valores normales).

Tensión arterial siempre en el mismo brazo y sentada.

Muestra para examen de orina.

Presencia de edemas.

Palpación del abdomen (postura litotómica).

Medición de la altura uterina.

Presencia de HPT supina que cursa con:

- Náuseas.
- Palidez.
- Mareos.
- Falta de aire.
- Sudoración.

Valoración fetal: la medición de la altura uterina sobre la sínfisis púbica se usa como indicador del crecimiento fetal y de la edad gestacional. Una altura uterina estable o que decrece puede indicar retraso en el crecimiento uterino. Un aumento excesivo puede indicar la presencia de un embarazo múltiple o un hidramnios.

Edad gestacional: se determina a partir de la historia menstrual y los datos obtenidos durante la valoración clínica o mediante ecografía. El avivamiento (percepción de vida) se refiere a la primera percepción que tiene la madre de los movimientos fetales (entre las semanas 16-19 de gestación). El estudio de la salud fetal se valora por la comprobación de los movimientos fetales y los latidos cardiacos fetales.

7.6 COMPLICACIONES POTENCIALES MATERNAS O FETALES:

Vómito pertinente o excesivo → puede indicar hiperémesis gravídica.

Hemorragia vaginal → amenaza de aborto.

Crecimiento uterino retardado, rotura prematura de membranas, FC fetal irregular o ausente o ausencia de movimientos fetales à puede ser causa de sufrimiento fetal o muerte fetal intrauterina.

Contracciones uterinas à amenazan de parto prematuro.

Glucosuria à DM gestacional.

Trastornos visuales, edemas, cefaleas... à pueden deberse a una HTA.

Cronología del desarrollo y crecimiento uterino:

Semanas 6-8: la forma es parecida a la del útero no grávido. El embrión solo ocupa una parte mínima de la cavidad uterina. El istmo y el cuello todavía son alargados y gruesos.

Semanas 10-12: la forma del útero es parecida a una esfera. El feto todavía no ocupa el total de la cavidad uterina. El istmo empieza a desplegarse.

Semanas 16-20: el útero adopta una forma ovoide. El feto ocupa toda la cavidad uterina. El istmo está totalmente desplegado.

Semana 20: el útero alcanza el ombligo.

Semana 38: el útero alcanza las costillas.

Semana 40: el feto está encajado situándose el útero por debajo del diafragma.

Todos estos cambios generan un problema de espacio en el abdomen porque las vías de expansión del útero están ocupadas por otras vísceras y órganos que tienen que desplazarse o comprimirse con diversas consecuencias para la mujer.

7.7 TERCER TRIMESTRE

La piel requiere una atención especial durante el tercer trimestre ya que es la etapa del embarazo en que más puede sufrir. Es recomendable tenerla bien hidratada y utilizar cremas antiestrías para intentar evitar su aparición. La exposición al sol debe limitarse y aplicarse factores de protección altos para evitar

las manchas que puedan aparecer. La higiene corporal debe mantenerse con una o dos duchas al día ya que la sudoración aumenta durante la gestación.

Para preparar los músculos del periné de cara al parto y poder evitar la episiotomía es recomendable hacer un masaje diario con un aceite de almendras o de rosa de mosqueta. Así se consigue una mayor elasticidad del periné.

Los dolores de espalda son más frecuentes durante el final del embarazo. Una buena higiene postural ayuda a disminuirlos. La columna debe soportar la menor carga posible. Para levantar objetos la gestante debe agacharse flexionando las rodillas y con la espalda recta. Si se debe estar mucho tiempo sentada debe evitar estar siempre en la misma posición y moverse con frecuencia para desentumecerse. La espalda debe recostarse recta sobre el respaldo y con las piernas en ángulo recto

Durante el final del embarazo las necesidades de calcio del feto aumentan por lo que debe incrementarse la ingesta de leche y derivados como el queso, los yogures... en caso de un aumento excesivo de peso pueden consumirse los productos semidesnatados o desnatados

El ejercicio físico empieza a limitarse por las molestias y limitaciones del volumen de la barriga, lo más adecuado puede ser la marcha y los ejercicios de yoga. La natación es recomendable hasta iniciar el último mes de embarazo. Se debe buscar un buen equilibrio entre el descanso y la actividad física

Las relaciones sexuales pueden mantenerse hasta que el médico lo contraindique, buscando siempre las posturas más cómodas para la mujer. Ni el coito ni el orgasmo son perjudiciales para el feto, pero en caso de presentar dilatación del cuello uterino o pérdida del tapón mucoso no son recomendables.

No hay problema por seguir la actividad laboral habitual en el tercer trimestre pero siempre teniendo en cuenta varias limitaciones. Las jornadas de trabajo de más de cinco horas diarias de pie pueden aumentar el riesgo de parto prematuro. Las jornadas de trabajo de más de ocho horas diarias producen una disminución del

peso al nacimiento. Los trabajos con mayor estrés psíquico presentan un mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo.

Trimestre significa tres meses. Un embarazo normal es de nueve meses aproximadamente y tiene tres trimestres.

El médico puede hablar de su embarazo en semanas, en lugar de meses o trimestres. El tercer trimestre va de la semana 28 a la semana 40.

Espere aumento de la fatiga durante este tiempo. Mucha de su energía corporal está encaminada a apoyar a un feto en rápido crecimiento. Es común sentir la necesidad de reducir sus actividades y su carga de trabajo y descansar un poco durante el día.

La acidez gástrica y el lumbago son también quejas comunes en este momento en el embarazo. Cuando usted está embarazada, su aparato digestivo se vuelve lento. Esto puede causar acidez gástrica. Además, el peso extra que está cargando ejerce presión sobre los músculos y las articulaciones.

Es importante que siga:

Comiendo bien, incluyendo verduras y alimentos ricos en proteínas con frecuencia y en pequeñas cantidades.

Descansando según sea necesario.

Haciendo ejercicio o dando paseos casi todos los días.

Consultas prenatales de rutina

En su tercer trimestre, usted tendrá una consulta prenatal cada 2 semanas hasta llegar a las 36. Después de eso, verá a su proveedor cada semana.

Las consultas pueden ser rápidas, pero todavía siguen siendo importantes. Está bien si lleva consigo a su pareja o a su acompañante para el trabajo de parto.

Durante las consultas:

La pesarán

Le medirán su abdomen para ver si su bebé está creciendo como se esperaba

Revisarán su presión arterial

Le tomarán una muestra de orina para buscar proteína urinaria si tiene hipertensión arterial

Su proveedor también le puede hacer un examen pélvico para ver si su cuello uterino está dilatándose.

Al final de cada consulta, el médico o la enfermera obstétrica le dirán qué cambios puede esperar antes de su próxima consulta. Coménteles a su proveedor si tiene algún problema o inquietud. **ESTÁ BIEN** hablar al respecto incluso si siente que **NO** son importantes o relacionados con su embarazo.

Exámenes de laboratorio y ecografías

No hay otras pruebas de laboratorio o ecografías (ultrasonidos) de rutina para cada mujer embarazada en el tercer trimestre. Ciertas pruebas de laboratorio y exámenes para vigilar al bebé se pueden hacer para las mujeres que:

Tengan un embarazo de alto riesgo, como cuando el bebé no está creciendo.

Tengan un problema de salud, como diabetes o presión arterial alta.

Hayan tenido problemas en un embarazo anterior.

Estén pasadas de tiempo (embarazo de más de 40 semanas).

Revisar el movimiento de su bebé

Entre las citas, usted tendrá que estar atenta a qué tanto se está moviendo el bebé. A medida que se acerca a la fecha probable de parto, y el bebé crece más, usted debería notar un patrón de movimiento diferente del que tenía antes en su embarazo.

Usted notará períodos de actividad y períodos de inactividad.

Los períodos de actividad serán sobre todo movimientos de rodar y retorcerse y unas cuantas patadas muy duras y fuertes.

Aún debe sentir al bebé moverse con frecuencia durante el día.

Esté atenta a los patrones de movimiento del bebé. Si de repente, el bebé parece estar moviéndose menos, consuma un refrigerio y luego acuéstese durante unos minutos. Si aún así no siente mucho movimiento, llame al médico o a la enfermera obstétrica.

Llame a su proveedor en cualquier momento que tenga alguna inquietud o pregunta. Incluso si piensa que se está preocupando por nada, es mejor estar segura y llamar.

Cuándo llamar al médico

Tiene cualquier tipo de signos o síntomas que no son normales.

Está pensando en tomar cualquier medicamento nuevo, vitaminas o hierbas.

Tiene algún sangrado.

Tiene aumento del flujo vaginal con olor.

Tiene fiebre, escalofríos o dolor al orinar.

Tiene dolores de cabeza.

Tiene cambios o puntos ciegos en su visión.

pese a las intervenciones realizadas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva, no se ha generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana, por lo que sugiere que dichas intervenciones

7.8 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.

Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes

conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.

Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.

A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.

Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.

Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.

Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.

7.9 INTERVENCIONES PARA LA MINIMIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En la adolescente embarazada, el cuidado de enfermería debe estar orientado a:

Brindar un abordaje interdisciplinario a la adolescente embarazada, en donde se brinde atención integral biopsicosocial y se involucre la pareja, la familia o cuidador.

Identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo, para de esta manera direccionar y orientar a la madre y a su pareja o cuidador a los servicios y

programas pertinentes, con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre adolescente y en el hijo por nacer.

Brindar cuidado de enfermería humanizado eliminando prejuicios y conjeturas hacia la adolescente embarazada.

Informar a la madre adolescente, a la pareja y al cuidador, los signos y síntomas de alarma en la gestación, con el objeto de intervenir oportunamente las posibles complicaciones derivadas del embarazo.

Identificar las necesidades de cuidado de las gestantes adolescentes, con el propósito de brindar cuidado de enfermería congruente con este grupo poblacional.

Fortalecer el autocuidado en la adolescente

embarazada, con el fin de que lleve a cabo los cuidados necesarios para preservar su bienestar, y al mismo tiempo lograr que curse con un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones.

Estimular a la gestante a que no interrumpa su vida cotidiana, siempre y cuando no interfiera con el bienestar del embarazo.

Involucrar a la pareja y a la familia de la madre adolescente, con el objetivo de apoyar los sentimientos de las gestantes y promover conductas y actitudes positivas hacia el hijo por nacer y hacia sí mismas.

Fortalecer la educación para la salud en gestantes adolescentes, pareja y familia durante el control prenatal, y el Curso de Preparación de la Maternidad y la Paternidad, ofreciendo capacitación sobre el conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo, conserjería en lactancia materna, cuidado durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como también promover o fortalecer el proceso de vinculación afectiva madre - hijo.

Brindar apoyo educativo a la adolescente embarazada, ya que de esta manera se contribuye a preservar la salud de la mujer y su hijo, evitando

complicaciones y muerte; es una intervención trascendental y prioritaria que fortalece las acciones del programa de salud reproductiva.

Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante toda la gestación parto y post parto.

Brindar consejería en anticoncepción, con el propósito de prevenir nuevos embarazos en adolescentes y las complicaciones que esto con lleva.

Brindar especial cuidado al niño y a la madre sin olvidar que la nueva madre sigue siendo una niña.

Brindar educación para reforzar pautas de crianza evitando complicaciones en el recién nacido.

Promover en lo posible, que la nueva madre no abandone sus estudios, dando a conocer la importancia para ella, su pareja y su hijo, el lograr una mejor calidad de vida Es importante fortalecer las líneas de acción dirigidas a las adolescentes desde la política de salud sexual y reproductiva, y fomentar más acciones de promoción de la salud sexual y lograr mayor coordinación intersectorial donde se contemple

De ser necesario, se debe orientar y remitir para que la madre reciba asesoría psicológica.

El profesional de enfermería no debe olvidar la importancia y relevancia que tiene para esta madre ser una adolescente, lábil emocionalmente sobre todo en su periodo post parto donde se pueden presentar más episodios depresivos

Hacer promoción y prevención evitando que se aumente el número de adolescentes embarazadas y de esta manera se vea comprometida la vida tanto de la joven madre como la del niño.

Comprometerse con el logro de los Objetivos del Milenio, especialmente en aquellos que buscan mejorar la salud materna y disminuir la mortalidad infantil

8. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCION PRENATAL

Es una serie de recomendaciones para mejorar los cuidados prenatales, reducir el número de niños que nacen muertos y las complicaciones durante el embarazo, además de ofrecer a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación.

8.1 GENERALES DE CONTROL PRENATAL

Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por profesionales capacitados, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista gineco-obstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse.

La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación a su entorno comunitario.

En la atención prenatal debe haber continuidad y debe ser realizada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta comfortable

El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc

La embarazada debe tener su propio carné prenatal . Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la embarazada y el personal de salud involucrado en su atención

Entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: ¿en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto?. La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.

la embarazada se le debe informar oportunamente sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, y otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar

La comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades, tomando en cuenta las discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje. La información también puede explicarse con material educativo y debe ser apoyada con información escrita. Se debe dar toda la oportunidad a la embarazada para discutir sus problemas y resolver dudas

Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información sobre la dieta y, pruebas de laboratorio

La embarazada debe ser informada sobre la finalidad de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen, teniendo como derecho la aceptación o rechazo de las mismas

Las intervenciones que se realicen en el periodo prenatal deben ser efectivas y probadas, adicionalmente tienen que ser aceptadas por la paciente

Acerca del primer control prenatal, podemos señalar:

controles subsecuentes y el número de consultas Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad

Se recomienda establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencias/emergencias que se puedan presentar durante el embarazo Parto y Plan de Transporte Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, se recomienda que el profesional de la salud, realice las siguientes acciones:

Apertura de historia clínica prenatal base y carné perinatal

Calcular la fecha probable de parto por F.U.M, en caso de duda sobre

edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada.

registrar presión arterial, peso, talla.

Determinar los factores de riesgo. (modificables y no modificables)

Registrar la talla –peso y cálculo del IMC materno durante el primer trimestre posteriormente se aplican las tablas establecidas

Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL.

Descartar incompatibilidad de grupo y factor Rh e incluso anemia

Suplementar ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental diario

Detectar de diabetes gestacional, solicitar glucosa en ayunas

Detectar VIH y hepatitis B. Realizar tamizaje de función tiroidea

Buscar bacteriuria asintomática y proteínas en orina (examen elemental y microscópico de orina (ver guía infección de vías urinarias en la embarazada)

Solicitar una ecografía de rutina entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18- 24 semanas de gestación.

Realizar la referencia de las embarazadas que presenten factores de riesgo para Síndrome de Down (edad materna avanzada > de 35 años, antecedentes familiares o personales de malformaciones congénitas, antecedentes de exposición a teratógenos, edad materna avanzada) a segundo o tercer nivel para tamizaje y asesoría genética.

Toma de citología cérvico vaginal

Examen odontológico

Programar los controles subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné perinatal, consultar las infecciones del tracto urinario bajo durante el

embarazo Consultar diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo clínica
Atención Odontológica en el Embarazo.

Toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de:

- Cambios fisiológicos del embarazo
- Higiene personal
- Actividad física durante el embarazo.
- Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.
- Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Signos de alarma
- Signos de alarma para preeclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino. Se recomienda que en todos los controles prenatales se debe:
- Redefinir el riesgo con la paciente y tomar decisiones de la conducta a seguir de forma conjunta.
- Revisar, discutir y registrar los resultados de todos los exámenes y elaborar un plan de cuidados.
- Dar recomendaciones respecto a estilos de vida saludables, ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad, recreación y planificación familiar, e información verbal y escrita sobre el estado de embarazo y las acciones a seguir, discutir problemas y responder preguntas

Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS

El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. En caso de que la embarazada realice su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos¹⁴ .

Se recomienda que la frecuencia de controles prenatales en embarazadas con riesgo sea determinada por el profesional de la salud de forma individual y de acuerdo a los factores de riesgo presentes.

8.2 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL. RIESGO OBSTÉTRICO

Se debe identificar todos los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndoles entre modificables y no modificables.

Se consideran de riesgo las embarazadas que presentan alguna de las siguientes características

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Inadecuado soporte familiar y de la pareja,

Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20 de gestación.

Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas.

Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática Síntomas neurovegetativos
Desocupación personal y/o familiar Fumadora habitual

Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dL Hcto 21 a 30%) , y grave (Hcto < 21%, Hb

Amenaza de parto prematuro: antes de la semana

Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos y Violencia familiar, historia de abuso sexual físico y emocional

Cambios en la Frecuencia Cardiaca Fetal FCF: <110LPM ó >160LPM

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Baja escolaridad

Múltiples compañeros sexuales.

Fecha de última menstruación incierta

Vivienda y condiciones sanitarias deficientes, desocupación personal y/o familiar

Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente

Baja estatura materna: < 1,45 metro

Incremento del peso excesivo o insuficiente: > 15 kg ó < 5 kg

Planificación familiar (embarazo programado)

Condiciones socioeconómicas desfavorables

Infertilidad previa: dos años o más

Bajo peso preconcepcional (IMC< 20)

Periodo Inter-genésico menor de 2 años o mayor a 7 años

Enfermedades hereditarias

Condiciones psicosociales y estrés

Embarazo no programado

Hemorragia del primer trimestre

Malnutrición Preconcepcional (Índice de Masa Corporal< 18,5 ó >30)

Cirugía uterina previa

Cardiopatía 1 y 2: incluye limitación en la actividad física.

Diabetes gestacional controlada

Gran multiparidad > 5

Gestante con Rh negativo

Edad menor de 16 años o mayor de 35 años

Embarazo gemelar

Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)

Antecedente de sangrado en 2do o 3er trimestre

Poli hidramnios u oligoamnios

Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)

Enfermedades infecciosas de tipo TORCHs

Pre-eclampsia sin signos de gravedad: TAS \geq 140 mm Hg y < 160 mm Hg y/o TAD \geq 90 mm Hg y < 110 mm Hg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco

Sospecha de malformación fetal, Presentación anómala: constatada tras la semana 38de gestación

Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que está provocada su descompensación.

Diabetes pre-gestacional.

Incompetencia cervical

Isoinmunización: Coombs indirecto positivo

Malformación fetal confirmada

Muerte perinatal recurrente

Placenta previa.

Pre-eclampsia con signos de gravedad: TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mm Hg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco

Patología asociada grave ,restricción de crecimiento fetal, Rotura prematura de membranas, VIH + con o sin tratamiento, SIDA.

Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación

IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO LABORALES:

- Posición de pie por tiempo prolongado (más de 3 horas por turno)
- Levantar objetos pesados
- Excesivo ruido
- Inadecuada nutrición por limitación horaria
- Fumadora pasiva
- Trabajos combinados (más de 4 hrs de pie por turno, estrés mental, trabajo en ambiente frío, ruido intenso, exposición a sustancias tóxicas, etc

La edad materna, la ganancia de peso y el hábito de fumar o ser fumador pasivo, se asocian con el peso del feto al nacimiento. El bajo peso materno tiene asociación con el neonato pequeño para la edad gestacional. La ganancia de peso total durante el embarazo en una mujer sana (7 a 18 kg), se relaciona con neonatos de 3 a 4 kilos de peso al nacer.

El sobrepeso al inicio del embarazo se relaciona con cesárea y con preeclampsia

Se debe dar énfasis en identificar y tratar los factores de riesgo e individualizar su manejo

En todo control prenatal se debe identificar modificaciones en los factores de riesgo evaluar sobre todo la presencia de violencia doméstica, pre-eclampsia, infecciones y diabetes

Ante la presencia de factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos se deberá referir a la paciente a un nivel de atención superior. De acuerdo a la significancia del factor de riesgo y si el mismo compromete el bienestar materno fetal, la referencia debe ser realizada de forma inmediata

8.3 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

La violencia intrafamiliar en embarazadas genera problemas físicos, emocionales y sociales que dificultan la atención adecuada al neonato por parte de la madre, además de ser causa de nacimiento pre-término, hemorragias vaginales y muerte perinatal

Se recomienda a los profesionales de la salud estar alertas ante síntomas de violencia intrafamiliar; propiciar un ambiente confortable y seguro, y en caso necesario referirlas a especialista en salud mental

Se ha encontrado asociación entre depresión materna prenatal y depresión postparto. No existe evidencia suficiente para asociar la depresión y ansiedad con parto pre término. Respecto a la depresión postnatal no se ha demostrado relación entre las embarazadas que han recibido información sobre depresión postnatal y las que no.

La escala de depresión postnatal de Edimburgo, no ha demostrado su efectividad. sin embargo se debe investigar la presencia de depresión posparto. No se recomienda aplicar rutinariamente a las embarazadas la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Se recomienda que las mujeres que han tenido en el pasado una historia de trastornos serios psiquiátricos, referirlas a psiquiatría durante el periodo prenatal.

8.4 EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS TÓXICAS

La exposición a sustancias tóxicas causa efectos adversos en la madre y/o el feto aumentando el riesgo de aborto, partos prematuros, hipertensión, pre-eclampsia, bajo peso al nacer, etc .

El exceso de alcohol tiene efectos adversos sobre el crecimiento del feto y en los niveles de coeficiente intelectual en la infancia. Por lo tanto se recomienda que la embarazada evite el consumo, sin embargo, el límite de consumo no debe superar una unidad estándar por día unidad estándar equivale a 250 ml de cerveza u 125 ml de vino.

No se recomienda el consumo de tabaco en el embarazo. El tabaquismo se ha asociado a un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacer y el desarrollo de labio o paladar hendido. Se debe informar acerca de los riesgos específicos ocasionados por el consumo de tabaco durante el embarazo, por lo que se recomienda:

- Suspender el tabaquismo
- Asesoramiento por parte del profesional de la salud
- sesiones de grupo y terapia de adicciones

Se debe recomendar a las embarazadas evitar el consumo de marihuana pues se asocia con bajo peso al nacer, muerte perinatal, parto prematuro. Se recomienda insistir en los efectos nocivos del consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, previniendo el consumo de las mismas durante todo el periodo de control tanto prenatal como posnatal.

8.5 RECOMENDACIONES ACERCA DEL EXAMEN FÍSICO EN EL CONTROL PRENATAL

8.5.1 Realizar la evaluación nutricional y el índice de masa corporal

- IMC < 20kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 12 a 18 kg

- IMC 20 – 24.9 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 10 a 13 kg
- IMC 25 - 29 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 7 a 10 kg
- IMC > 30 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 6 a 7 kg En caso de embarazada con un IMC < 20 se recomienda debido al alto riesgo de parto pre-término diseñar por parte del nutricionista un plan nutricional específico.

MEDICIÓN DE ALTURA UTERINA Y CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

En cada control a partir de la semana 24, se deberá medir altura uterina y, en caso de encontrar discrepancias entre la medición y la edad gestacional se deberá referir al especialista en gineco-obstetricia.

La diferencia de la altura uterina con la edad gestacional puede obedecer a lo siguiente: técnica deficiente, productos pequeños para edad gestacional, productos grandes para la edad gestacional gestaciones múltiples, embarazos molares, error en la estimación de la edad gestacional, polihidramnios, presencia de mioma

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Se ha reportado que las maniobras de Leopold tienen una sensibilidad de 28% y especificidad de 94%; y que existe una correlación positiva entre años, experiencia del profesional y mejores resultados ³. La presentación fetal se puede evaluar mediante las maniobras de Leopold a partir de las 28 a 30 semanas de gestación. Ante la sospecha de que no es cefálica se debe confirmar por ecografía trans-abdominal.

MOVIMIENTOS FETALES Y AUSCULTACIÓN FETAL

Auscultar los latidos cardíacos con; estetoscopio, corneta de Pinard, ecografía o doppler, aunque la auscultación del foco fetal confirma que el producto está vivo, parece no ofrecer otros datos; se considera que es poco probable que se detecte variabilidad con traducción clínica.

En general los proveedores de salud suponen que es satisfactoria para la paciente la auscultación, sin embargo no existe evidencia al respecto. Se ha reportado que comparando la auscultación con el monitoreo electrónico, la mujer refiere incomodidad con respecto a la auscultación.

Se ha propuesto la percepción de los movimientos fetales e inclusive llevar un registro cuantitativo de los mismos para prevenir la muerte fetal. No existe evidencia suficiente para recomendar omitir información sobre la percepción de movimientos fetales. Se recomienda registrar la frecuencia del foco fetal en cada consulta. No se recomienda de rutina:

- Doppler de la arteria umbilical solo o en combinación con arteria uterina.
- Perfil biofísico fetal en gestantes con embarazos de curso normal.

Preparación de pezones

Actualmente no se recomienda el examen de rutina de mama durante la atención prenatal, ni tampoco las intervenciones para modelar el pezón (Ejercicios de Hoffman). Anteriormente se recomendaba detectar el pezón plano o invertido para efectuar ejercicios de Hoffman para lograr una lactancia exitosa, sin embargo en recientes ensayos clínicos se observó que la presencia de estas variedades de pezón no se relaciona con lactancia exitosa, al igual que no se observó diferencia si se practican o no los ejercicios.

TACTO VAGINAL

En ausencia de indicación clínica no se recomienda el tacto vaginal en forma rutinaria pues no predice con exactitud la edad gestacional, nacimientos pre-término o desproporción céfalo pélvico y si favorece la ruptura prematura de membranas. El examen pélvico se ha utilizado para identificar condiciones clínicas como: anomalías anatómicas, infecciones de transmisión sexual, evaluar el tamaño de la pelvis de la mujer y evaluar el cérvix uterino, incompetencia cervical o para predecir parto pre-término. Sin embargo, la ruptura prematura de

membranas aumenta 3 veces más cuando se realiza en comparación con las mujeres en las que no se realizan exámenes pélvicos

8.6 ACTIVIDADES PRIORITARIAS A REALIZAR SE DURANTE ATENCIÓN EN LA CONSULTAS PRENATALES SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACIÓN

Acciones a realizarse de acuerdo a las semanas de gestación

PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO:

- Anamnesis (FUM, FPP, violencia intrafamiliar, depresión)
- Examen físico completo (incluyendo IMC y TA)
- B-HCG en sangre, ecografía
- Tipología sanguínea
- Hb y Hcto
- Glicemia en ayunas
- VIH, Hepatitis B, VDRL,
- Citología Vaginal
- Urocultivo
- Examen odontológico
- Informar acerca de signos de alarma.
- Seguimiento de factores de riesgo modificables.

SEGUNDO TRIMESTRE

Examen físico completo

- Frecuencia cardiaca fetal
- Ecografía
- Detectar pre-eclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24 horas.
- Seguimiento de factores de riesgo modificables^{3, 13, 14}
- Socializar la existencia de las sesiones de educación prenatal.
- Informar acerca de signos de alarma.

A PARTIR DE LAS 34 SEMANAS:

- En las pacientes con tratamiento de anemia, seguir las indicaciones según anemia en el Embarazo.
- En embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto ;
- Referencia según el caso para decisión de lugar y momento de terminación del embarazo de riesgo
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma.

38 SEMANAS.

- Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía.
- Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista.
- En embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta.
- Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas
- Asesoría en planificación familiar
- Informar acerca de signos de alarma.

MÁS SEMANAS.

- Dar medidas preventivas de embarazo pos-término.
- Referir al especialista en gineco-obstetricia para manejo individualizado
- Informar acerca de signos de alarma

8.7 EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPOLOGÍA SANGUÍNEA Y COOMBS INDIRECTO

En el primer control prenatal se debe determinar grupo sanguíneo, factor Rh y Coombs indirecto. La profilaxis anti-D es recomendable de rutina en mujeres Rh negativas, no sensibilizadas. Repetir a las 28 semanas de gestación de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con Rh. Las embarazadas que cumplan con estos criterios deberán ser atendidas por un especialista en gineco-obstetricia para profilaxis con inmunoglobulina anti-d

HB, MCV

Recomendado en cada embarazo en el primer control

VIH

Recomendado en cada embarazo en el primer control y a las 24 a 34 semanas. Se ha reportado que el tamizaje temprano de VIH en el embarazo, un curso corto de fármacos antirretrovirales intraparto, cesárea a las 38 semanas de gestación y suspensión de lactancia en madres portadoras, reducen la transmisión vertical.

Anticuerpos de rubeola recomendado si no se conoce historia de la enfermedad o inmunización, hepatitis B y C, Identificar factores de riesgo para hepatitis B y C, tales como;

- Uso de drogas IV
- Hemodiálisis
- AST elevadas
- Receptor de sangre u órganos
- Personas privadas de libertad

- Tatuajes A todas las embarazadas se les debe realizar en su primera consulta prenatal la detección de Hepatitis B (antígeno de superficie sérico).

El estándar de oro para detección es el antígeno de superficie sérico; su determinación reporta sensibilidad 92% (84-99) y especificidad 87% (76-97). La prevalencia de hepatitis B en la mujer embarazada es de 0.5 al 1%. El 21% de infección por virus de hepatitis B se asocia a transmisión vertical durante el nacimiento. La transmisión materno fetal es prevenible en 95% de los casos a través de la vacuna e inmunoglobulina al producto al momento del nacimiento.

VDRL

Recomendar la detección de Sífilis en cada embarazo en el primer control. Repetir la prueba si la paciente o su pareja refieren conducta de riesgo. Toda embarazada en la que se reporte VDRL positivo debe ser referida a especialista en Gineco-obstetricia para tratamiento.

UROCULTIVO

Se ha encontrado una incidencia de bacteriuria asintomática entre un 2 a 10 % en mujeres embarazadas con bajo estrato socioeconómico. Recomendado para bacteriuria asintomática en etapas temprana del embarazo y en cada trimestre en mujeres con historia conocida de ITU recurrente. Al identificar bacteriuria, proporcionar tratamiento ya que reduce el riesgo de parto pre-término.

GLICEMIA

Se realizará una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera: - Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente - Entre 92 a 126 mg/dL = DG - Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación (Ver R-A 21 GPC diabetes en el embarazo)

TSH

Realizar a todas las mujeres con una historia o síntomas de enfermedad tiroidea u otras condiciones asociadas con enfermedad tiroidea.

TOXOPLASMOSIS

Se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a la alta prevalencia en nuestro medio. Aunque durante el control prenatal se desconoce qué pacientes son susceptibles de adquirir la infección (pacientes seronegativas) se recomienda aconsejar a todas las pacientes lo siguiente:

- Lavarse las manos antes de manipular los alimentos
- Lavar minuciosamente las frutas y verduras
- Utilizar guantes y lavar minuciosamente las manos después de practicar la jardinería
- Evitar carne cruda o mal cocida y la adquisición de alimentos ya preparados
- Evitar el contacto con gatos y sus excretas.
- Citología cervico-vaginal

La frecuencia e indicaciones de la citología cervical son iguales que para la mujer no embarazada.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Se recomienda las pruebas de detección de Chagas en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición.

TAMIZAJE DE INFECCIÓN VAGINAL

No realizar detección de infección vaginal asintomática. En caso de presentar síntomas corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.

TAMIZAJE DE STREPTOCOCCUS GRUPO B

Se recomienda profilaxis antibiótica para el EGB si la paciente presenta los siguientes factores de riesgo :

RN previo con enfermedad invasiva por EGB Infección urinaria por EGB confirmada en el embarazo actual. Parto prematuro. Ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas y fiebre mayor a 38° C. Por tanto el tamizaje para diagnosticar la colonización recto vaginal por EGB en embarazadas entre las 35 y 37 semanas de gestación debe realizarse en pacientes con otros factores de riesgo.

USO DE ECOGRAFÍA.

La estimación de la edad gestacional basado en la fecha de última menstruación no es exacta, presentando un error del 11-22%. Tomando en cuenta que la estimación de la edad gestacional por FUM no es exacta se recomienda realizar una ecografía con el fin de diagnosticar embarazo, determinar la edad gestacional y detectar embarazo múltiple.

Se recomienda que la ecografía deba realizarse entre la 11 y 14 semanas, utilizando la longitud cráneo-caudal como el parámetro que determinará la edad gestacional durante este periodo de embarazo. En caso de que la primera ecografía sea realizada después de las 14 semanas, los parámetros utilizados serán DBP y LF.

El mejor momento para realizar el estudio morfológico del feto por ecografía es durante las 18 y 24 semanas de gestación, óptima a las 22 semanas. Momento en el cual la ecografía permite la confirmación de viabilidad fetal, biometría fetal (diámetro biparietal, longitud femoral y diámetros abdominales), anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones, además de anomalías de anejos ovulares. En caso de que la primera ecografía del embarazo sea realizada durante este periodo, el diámetro biparietal es el parámetro que mejor estima edad gestacional. El estudio prenatal (tamizaje ecográfico) para anomalías fetales permite determinar alteraciones no compatibles con la vida, alteraciones asociadas con

alta morbilidad fetal y neonatal, alteraciones susceptibles de corrección con terapia intrauterina y alteraciones para diagnóstico y tratamiento postnatal.

El porcentaje de anomalías fetales detectadas por tamizaje ecográfico en el segundo trimestre se distribuye de la siguiente manera:

- Sistema Nervioso Central (76%)
- Vías Urinarias (67%)
- Pulmonares (50%)
- Gastrointestinales (42%)
- Óseas (24%)
- Cardíacas 17%

La ecografía en el tercer trimestre (30-36 semanas) valora alteraciones del crecimiento fetal, permitiendo identificar aquellos fetos pequeños o grandes para la edad gestacional.

En caso de que durante este periodo de gestación se realice recién el primer control prenatal, el mejor parámetro para estimar edad gestacional es la longitud femoral. Se debe realizar ecografía abdominal en toda mujer embarazada a las 36 semanas de gestación para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática.

Mediante una revisión sistemática se observó que utilizar la ecografía Doppler de forma rutinaria no influyó en la mortalidad perinatal, al igual que no modificó la predicción de pre-eclampsia, restricción de crecimiento fetal y muerte perinatal. En cambio incrementó la probabilidad de nuevos estudios diagnósticos.

No existe evidencia suficiente para indicar la ecocardiografía para control prenatal de rutina, ya que tampoco existe evidencia de que esta prueba modifique la morbimortalidad materno-fetal.

La utilización de ecografía abdominal en atención prenatal de rutina no ha mostrado evidencias de influir en el parto pre-término, peso al nacer, morbilidad y mortalidad materna. Existe evidencia cuestionable de que su utilización disminuye la probabilidades de embarazo pos-término

Estudios poblacionales indican que en mujeres sanas sin embarazos complicados, la morbilidad y mortalidad perinatal se incrementa en embarazos de 42 semanas.

El riesgo para óbito se incrementa de 1/3000 en embarazadas de 37 semanas de gestación a 3/3000 en embarazadas de 42 semanas; y de 6/3000 en embarazadas de 43 semanas, se ha reportado un riesgo similar en mortalidad neonatal. Una ecografía temprana para determinar edad gestacional, reduce la incidencia de nacimientos pos-términos. La inducción del parto después de 41 semanas de gestación reduce la mortalidad perinatal sin incrementar las tasas de cesáreas.

8.9 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Durante el embarazo se deben prescribir medicamentos seguros que no causen daños en el binomio materno-fetal, inclusive mantener extrema precaución con utilizar productos naturales ya que su seguridad y eficacia no han sido establecidas. Se deberá informar a las embarazadas del daño que pueden causar los medicamentos durante el embarazo y, estos deberán ser utilizados únicamente cuando el beneficio sea mayor al riesgo, procurando siempre utilizarlos en pocas cantidades y por cortos periodos de tiempo. nivel individual se recomienda el uso pre-concepcional de:

- Ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día:
 - Preconcepcional por 1-2 meses.
 - Prenatal hasta las 12 semanas de gestación.
- Ácido fólico 5 mg por vía oral al día hasta las 12 semanas de gestación:
- Mujeres con epilepsia que estén tomando anticomisiales.

- Antecedentes personales y familiares de defectos del tubo neural.
- Mujeres diabéticas insulino dependientes. • Mujeres con IMC >35 Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

Prescripción de Hierro (tabletas de sulfato ferroso) Profiláctico o Terapéutico

Si los valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20. 17 En pacientes con déficit de ingesta de calcio y alto riesgo para desarrollar pre-eclampsia se recomienda la suplementación con calcio 1,5 a 2 gramos de (Calcio carbonato) por día.

de Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12 semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar pre-eclampsia o hipertensión gestacional

En las zonas donde exista alta prevalencia de enfermedades tropicales como dengue, chikungunya o zika, se deberá descartar la presencia de ellas previo a la administración de ácido acetil salicílico y suspender en caso de estar tomando.

8.10 VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO.

Las vacunas con virus vivos atenuados afectan al feto.

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización y un panel de expertos clínicos y de salud pública, se reunieron para definir los grupos de la población que deberían recibir la vacuna contra influenza H1N1 2009, incluyen: Embarazadas.

La única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo es la del tétanos (Antitoxina tetánica) aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29.

Se recomienda realizar tamizaje de anticuerpos anti rubéola en embarazadas, y en caso de que sean seronegativas, se recomienda vacunarlas pos parto

Indicar a la paciente que acuda a recibir la vacuna de rubéola al terminar su embarazo.

Identificar grupo sanguíneo y factor Rh negativo, así como realizar Coombs indirecto en la mujer embarazada permite prevenir la enfermedad hemolítico urémico del recién nacido.

Se recomienda la profilaxis anti-D en dosis única entre las 28 y 30 semanas a las embarazadas con factor Rh negativo, que no estén sensibilizadas.

En las embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la varicela se recomienda administrar la primera dosis de la vacuna tan pronto termine el embarazo y, siempre que sea posible, antes de ser dada de alta del hospital. La segunda dosis de la vacuna debe administrarse entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis.

Se recomienda la vacuna de la influenza inactivada a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestacional.

8.11 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.

Desde la primera consulta se debe aconsejar a las pacientes el lavado de manos frecuente, extremar la higiene en el manejo de alimentos, así como evitar consumir alimentos en puesto ambulatorios o de dudosa preparación. Enfatizando en la buena preparación de los alimentos, evitando consumir productos cárnicos crudos o poco cocidos

Se recomienda ofrecer información sobre el buen manejo de los alimentos y, enfatizar acerca de las posibles infecciones que pueden causar gérmenes específicos aclarando los efectos que pueden producir sobre el binomio materno feta

Toda recomendación nutricional debe ser emitida respetado los parámetros alimenticios, creencias religiosas y/o costumbres de cada embarazada

La infección por Salmonella no ha demostrado alteraciones a nivel del feto, sin embargo pueden causar cuadros de diarrea y vómito severos en la embarazada.

La presencia de malnutrición, sobrepeso u obesidad, incluyendo una inadecuada ganancia de peso y, un bajo consumo protéico-calórico durante la gestación aumentan la morbilidad materno fetal suplementación protéico-calórica es efectiva en embarazadas que presenten riesgo de tener productos de bajo peso al nacer

Las mujeres, en general, deben recibir información sobre los beneficios de consumir alimentos variados antes y durante el embarazo, incluyendo frutas, verduras, proteína animal y vegetal, fibra y productos lácteos pasteurizados , que las embarazadas deberían limitar el consumo de: • Atún con alto contenido de mercurio a no más de dos latas de tamaño medio o un filete de atún fresco a la semana.

- Cafeína 300 mg/día. La cafeína está presente en el café, té y refrescos de cola

Suplementos de vitamina A (consumo superior a 750 microgramos o 2.500UI) podrían ser teratogénicos y por lo tanto debe evitarse la suplementación innecesaria

Recomendaciones al estilo de vida Se recomienda proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma)

Tanto el ejercicio físico aeróbico como la actividad sexual durante el embarazo son seguros No existe evidencia de efectos adversos con respecto a actividad sexual durante el embarazo

Se recomienda realizar ejercicio físico moderado durante el embarazo

La embarazada debe evitar los ejercicios que involucren el riesgo de trauma abdominal, excesivo esfuerzo de las articulaciones y deportes de alto impacto , debido al riesgo de daño potencial al binomio madre-hijo 2 Se recomienda

informar sobre el buen uso del cinturón de seguridad en la embarazada para evitar riesgos tanto para la madre como para el feto

8.12 NÁUSEA, VÓMITO, PIROSIS Y DOLOR EPIGÁSTRICO.

El síntoma gastrointestinal más común durante el embarazo es la náusea, ocurriendo entre el 80 y 85% durante el primer trimestre y estando asociado a vómito en un 52%. Generalmente se presenta en las primeras 8 semanas y manteniéndose hasta las 20 semanas.

Se debe informar a las mujeres embarazadas que la náusea y el vómito se resuelve espontáneamente entre la semana 16 y 20 y, que dichos síntomas no se asocian a complicaciones en el embarazo.

La hiperémesis gravídica es menos frecuente, presentándose en 3.5/1000 embarazos causando usualmente manejo a nivel hospitalario. Se recomienda referir al especialista en gineco-obstetricia a las embarazadas con hiperémesis gravídica.

La pirosis es un síntoma común dentro del tercer trimestre, presentándose en un 72 % de las embarazadas. Este síntoma se controla realizando cambios posturales después de las comidas, al momento de acostarse y evitando comidas irritantes como el café, gaseosas, comidas muy condimentadas, etc. Se recomienda informar a todas las embarazadas que presenten pirosis de modificar su estilo de vida y evitar alimentos irritantes.

El uso de inhibidores de la secreción gástrica ha demostrado disminuir la presencia de pirosis en un 80%. Se recomienda el uso de inhibidores de la secreción gástrica en las mujeres que persisten con pirosis a pesar de modificar su dieta y estilo de vida, como los antagonistas del receptor

El dolor epigástrico puede ser manifestación de enfermedad ácido-péptica, pero siempre habrá que diferenciarlo del dolor epigástrico asociado a pre-eclampsia

En caso de dolor epigástrico en la embarazada se debe realizar diagnóstico diferencial con síntomas sugerentes de pre-eclampsia.

8.13 VENAS VARICOSAS Y EDEMAS

. Las varices en miembros inferiores pueden ser causa de prurito y edema. La inmersión en agua fría y el uso de medias compresivas parecen proporcionar mejoría temporal. Se recomienda informar acerca de las venas varicosas como síntoma común en el embarazo, mencionando que no son causa de complicación por sí mismo y, recalcar que las medias compresivas mejoran los síntomas pero no lo previenen.

Recomendaciones acerca del flujo vaginal. Se debe informar a la embarazada que el aumento del flujo vaginal es un síntoma común durante la gestación, sin embargo, se recomienda informar acerca de síntomas de alarma para identificar infección vaginal (prurito, mal olor, ulceraciones, dolor, etc).

8.14 DOLOR LUMBAR Y EN OTRAS ARTICULACIONES.

El dolor de espalda es un síntoma frecuente durante el 5º y 7º mes de embarazo el cual se atribuye al aumento de peso, aumento de hormona relaxina y a alteraciones de postura. Terapia no farmacológica tal como mejorar la postura, masajes, acupuntura y ejercicio de relajación son efectivos contra el dolor.

Es recomendable la realización de fisioterapia, acupuntura y masajes para el alivio de dolor de espalda durante el embarazo. La disfunción de la sínfisis del pubis se presenta en 0.03 a 3% de los embarazos, existiendo escasa evidencia del uso de medicamentos para su manejo.

El síndrome del túnel del carpo se presenta en un 21-62% de las embarazadas. No se han identificado estudios válidos para elaborar recomendaciones acerca del tratamiento conciso tanto de la disfunción de la sínfisis del pubis como del síndrome del túnel del carpo; por lo que para el primero se han utilizado soportes pélvicos y analgésicos y, para el segundo inmovilización de la muñeca, analgésicos e infiltraciones con corticoides.

8.15 SANGRADO VAGINAL.

El sangrado vaginal con o sin dolor abdominal durante el primer trimestre de embarazo afecta entre el 16 y el 25% de todos los embarazos.

Las placentas que cubren parcialmente el orificio cervical interno y son diagnosticadas por ecografía dentro de las primeras 19 semanas solo persisten en un 12% hasta el momento del parto con esa implantación; mientras que aquellas diagnosticadas después de las 32 semanas, persisten hasta el 73% de los casos

Si el sangrado ocurre dentro del segundo y tercer trimestre se debe referir al especialista en gineco-obstetricia por posible cuadro de placenta previa.

En los casos que se sospeche de placenta previa asintomática o de placenta creta, se debe realizar una ecografía alrededor a las 32 semanas de gestación para descartar o confirmar el diagnóstico y de esta manera planificar el manejo para el último trimestre y el parto

Las embarazadas con antecedente de cesárea e historia de placenta previa que presenten a las 32 semanas de gestación una placenta anterior subyacente a la cicatriz de la cesárea, tienen mayor riesgo a presentar placenta creta, por lo que se deberán manejar como casos de placenta adherida preparándola apropiadamente para cirugía

Las embarazadas que presenten alto riesgo de placenta creta y en las cuales exista duda de su diagnóstico por ecografía, se podrá realizar RNM para confirmar o descartar la sospecha. Estudios comparativos describen que tanto la RM y la ecografía son comparables al momento del diagnóstico de placenta creta.

8.16 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

PREFACIO

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo

ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

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. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso

efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas

sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en

su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, 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 corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, 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.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pre gestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

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. 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.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

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.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su

cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.8 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2102, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.16 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

2.17 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

2.18 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

2.19 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

2.20 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

2.21 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

2.22 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.23 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

2.26 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

2.27 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

2.28 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Aborto, a la 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.

3.2 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continúa las 24 horas, todos los días del año.

3.4 Atención prenatal, a la 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. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

3.5 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.

3.6 Certificado de nacimiento, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.7 Certificado de muerte fetal y perinatal, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

3.9 Conceptus, al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias.

3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

3.11 Defunción, fallecimiento o muerte fetal, a la 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.

3.12 Diabetes gestacional (DG), a la 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.

3.13 Distocia, a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

3.14 Edad gestacional, al 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.

3.15 Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

3.16 Eutocia, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

3.17 Feto, al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

3.18 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

3.19 Identificación oficial, a los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

3.20 Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.21 Muerte materna, a la 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.

3.21.1 Muerte Materna Directa, a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

3.21.2 Muerte Materna Indirecta, a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.22 Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.23 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.24 Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

3.25 Nacimiento con producto pre-término, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

3.26 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

3.27 Nacimiento con producto pos-término, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

3.28 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

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

3.32 Partograma, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

3.33 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

3.34 Periodo neonatal, a la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

3.35 Periodo perinatal, a la etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

3.36 Pertinencia cultural, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

3.37 Producto de la concepción, al embrión post-implantatorio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

3.38 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa

la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

3.39 Prueba de anti globulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gama globulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

3.40 Puerperio normal, al 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 pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.41 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

3.42 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

3.43 Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

3.44 Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.45 Recién nacido (persona recién nacida) pre-término, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.46 Recién nacida/o inmaduro, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.47 Recién nacida/o a término, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.48 Recién nacida/o pos-término, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más).

3.49 Restricción en el crecimiento intrauterino, a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

3.50 Sucedáneo de la leche materna o humana, a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

3.51 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

3.52 Urgencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.53 Obstetricia, a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

3.54 Valoración de Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

4. Símbolos y abreviaturas

- **4.1 ABO:** Sistema de grupos sanguíneos
- **4.2 CTG:** Curva de tolerancia a la glucosa
- **4.3 CONAVE:** Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- **4.4 dl:** Decilitros
- **4.5 DM:** Diabetes mellitus

- **4.6 Du:** Antígeno D expresado débilmente
- **4.7 E²:** Estatura al cuadrado
- **4.8 FUM** Fecha de última menstruación
- **4.9 g:** Gramo
- **4.10 IM:** Vía intramuscular
- **4.11 IV:** Vía intravenosa
- **4.12 IMC:** Índice de masa corporal
- **4.13 Kg/m²:** Kilogramo sobre metro al cuadrado
- **4.14 m:** Metro
- **4.15 mg:** Miligramos
- **4.16 mmol/L:** Milimolas por litro
- **4.17 OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **4.18 Rho:** Antígeno eritrocito D
- **4.19 SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- **4.20 SINAVE:** Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- **4.21 UI:** Unidades internacionales
- **4.22 VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **4.23 µg:** Microgramos

5. Disposiciones generales

5.1 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.

5.1.2 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.

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 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 otorgar 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.

5.1.5 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.

5.1.6 En la visita pre-concepcional, 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.

5.1.7 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.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal

especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, 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 hemo-componentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

5.1.9 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 continuarla durante el embarazo.

5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos

para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre

y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.2 Atención del embarazo.

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

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada:

5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, pre-eclampsia, hemorragia obstétrica, parto pre-término, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o

ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y

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

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

5.2.1.5 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/E² igual o mayor que 30Kg/E² 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.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrion fetal, independientemente del periodo gestacional

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

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

5.2.1.9 Cuando se atienda 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. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana, Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

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

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

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

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;

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

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (post-carga de 50 g);

5.2.1.14.4 Creatinina;

5.2.1.14.5 Acido úrico;

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

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

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis 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 ofertaron 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

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

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de Gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 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 aquéllas 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 pre-eclampsia; además

de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3 Consultas subsecuentes.

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.1 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.

5.3.1.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.3.1.3 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.

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardiaca fetal, ultrasonido.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía 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.

5.3.1.6 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.

5.3.1.7 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.

5.3.1.8 Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente 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

5.3.1.10 Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

5.3.1.11 Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten 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

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada

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

5.3.1.14 Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes gineco-obstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

5.3.1.15 Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.3.1.16 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, pre-eclampsia, 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, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea.

5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento.

5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pre-término, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento..

5.4.2 La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.4.3 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.

5.4.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino (Apéndice A Normativo, de esta Norma), 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.

5.4.5 En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pre-término, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pre-término

con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 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.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.4 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, liquido 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, para decidir la conducta a seguir

conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. Y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posici3n en que la embarazada se sienta m3s c3moda, en tanto no exista contraindicaci3n m3dica. Si la madre escoge recostarse deber3 recomendarse el dec3bito lateral izquierdo para prevenir hipotensi3n materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.6 La prescripci3n de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizar3 seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Cap3tulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducci3n y conducci3n del trabajo de parto, as3 como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilizaci3n de auxiliares de diagn3stico de laboratorio y gabinete como la cardiotocograf3a y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones espec3ficas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.9 A la recepci3n de la embarazada en trabajo de parto, la tricotom3a vulvo perineal y la aplicaci3n de enema evacuante, no ser3n de aplicaci3n obligatoria, excepto en los casos que por indicaci3n m3dica as3 se requiera. Asimismo, se debe reducir el n3mero de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota m3dica en el expediente cl3nico. Se

recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 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.

5.5.11 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.

5.5.12 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.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.5.15 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.

5.5.16 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 abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoinmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 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.

5.5.18 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.

5.5.19 En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

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

5.5.20.1 Tipo y atención del parto;

5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.5.20.3 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, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y

5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

5.5.20.5 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;

5.5.20.6 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, y

5.5.20.7 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.

5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 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.

5.6.1.3 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;

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

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

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarn 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.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atenci3n prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiol3gico sea llevada a cabo con un m3nimo de 2 controles m3dicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta m3dica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la t3cnica de la lactancia materna exclusiva, signos y sntomas de alarma de la persona recién nacida (succi3n e ingesta adecuada, micci3n y evacuaci3n presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, v3mito, distensi3n abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atenci3n m3dica urgente.

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

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 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.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

5.7.1 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.

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria;

5.7.2.2 Manejo del cordón umbilical;

5.7.2.3 Valoración de Apgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma;

5.7.2.4 Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma;

5.7.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM;

5.7.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local;

5.7.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos;

5.7.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma;

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.7.2.10 Alojamiento conjunto;

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

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

5.7.4.1 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.

5.7.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 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.

5.7.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice pre-auricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.7.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 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.

5.7.4.10 Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 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).

5.7.4.12 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.

5.7.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos,

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 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.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la

entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 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.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 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.

5.8.6 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.

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

5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pre-término, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pre-término o con peso bajo se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.9.2 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, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.9.3 Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.9.4 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.

5.10 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.

5.10.1 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.

5.10.2 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de

vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

5.11.1.1 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.

5.11.1.2 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.

5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de:

5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.11.1.3.4 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.

5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación.

5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

5.11.1.3.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.11.1.3.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.11.1.3.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.11.1.3.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11.1.3.15 En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

5.12 Registro e información.

5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos

específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

5.12.2 Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

5.12.3 Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

5.12.4 Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

6. Vigilancia epidemiológica

6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.

6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.

6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.

6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

7.1 Esta Norma concuerda parcialmente con la siguiente Guía Internacional de la OMS, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. 2002,

9.-CONCLUSIÓN

Una vez concluido con la investigación de atención prenatal analizando cada uno de los capítulos. La atención prenatal constituye la base fundamental en el desarrollo del embarazo, de ella depende la prevención, detección oportuna y el tratamiento de los riesgos y complicaciones durante la gestación.

La frecuencia de la atención prenatal es basado en los factores de riesgo detectados en la gestación y será importante detectar las patologías y así poderle brindar la información para que se puedan prevenir.

Las gestantes presenten otros síntomas propios de la gestación, que a veces son fisiológicos, pero que pueden necesitar de algún tipo de consejo higiénico-dietético. Las gestantes pueden presentar dudas y preocupaciones, así como otras complicaciones (hemorragias, infección urinaria, etc

Mediante la atención prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y poder prepara a la madre para el parto de esa manera se podrá evitar el momento de la morbimortalidad, en este periodo perinatal .

La importancia de esta investigación es que la mujer embarazada reciba la información sobre los cuidados prenatales tempranos y de manera regular, así tendrá una gran posibilidad de tener un parto seguro con recién nacidos sanos.

El diagnóstico temprano del embarazo nos dará mas oportunidad de establecer un manejo adecuado y así individualizar la atención según las necesidades de la gestante.

El objetivo del control prenatal es identificar los factores de riesgo que determinan la edad gestacional, para así poder diagnosticar la condición fetal y materna.

Educar a la madre sobre estos factores de riesgo para poderlos evitar ya que existen múltiples factores de riesgo como son biológicos, sociales y económicos.

Dichos factores se asocian a una mayor probabilidad de presentar patologías maternas y perinatales, potencialmente causantes de la mortalidad materna o perinatal.

El control prenatal es un instrumento básico en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal ya que debe ser de inicio oportuno y adecuado las condiciones de cada gestante, eficaz y eficiente para cumplir con los objetivos. Con un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado a las complicaciones con personal adecuado.

10.- BIBLIOGRAFIA

10.1.-BÁSICA

- edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf
- salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf
- Guía para cuidado de la salud. Instituto Mexicano del seguro social.
- saludcapital.gov.co/.../Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20pr.
- primera gestacion para la identificacion de gestantes con riesgo de asistir a un numero insuficiente de controles prenatales en sus proximos embarazos
- Autor Esther Huillcacuri Quillahuaman
- Editor Universidad Nacional de San Agustin. Facultad de Medicina, Arequipa, 2014
- Factores asociados al abandono del control prenatal en embarazadas captadas en primer trimestre. Autor Alice Pineda Whitaker
- Editor Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, 2015
cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf

10.2.-COMPLEMENTARIA

- apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf
- <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>
- <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre...now.../pregnancy-complications>
- www.paho.org/par/index.php?option=com...1-atencion-prenatal...
- <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/embarazo/atencion-prenatal>

- saludconsultas.com/las-complicaciones-de-la-placenta-durante-el-embarazo-y-el-parto/7402
- <https://www.saludconsultas.com/las-complicaciones-de-la-placenta-durante-el-embarazo-y-el-parto/7402>
- sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion_prenatal.pdf
- .sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion_prenatal.pdf

11.- GLOSARIO

A

- **ASFIXIA PERINATAL:** falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones

C

- **CONTROL PRENATAL:** conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido

E

- **EDAD GESTACIONAL:** duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos
- **EDUCACIÓN PRENATAL:** preparación a la embarazada y a los futuros padres para encontrarse listos para el nacimiento, el cuidado del niño y la paternidad.
- **EMBARAZO DE RIESGO:** es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias
- **EMBARAZO ECTÓPICO:** implantación del blastocito en sitio diferente a la cavidad uterina.
- **EMBARAZO SIN RIESGO O NORMAL:** estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad.

F

- **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado
- **FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido
- **FUM:** Fecha ultima de menstruación

G

- **GARDNERELLA VAGINAL:** bacteria inmóvil, anaerobia facultativa, no encapsulada y que no forma endoesporas. Anteriormente era conocida como Haemophilus vaginales. Su hábitat natural es la vagina.
- **GIMNASIA OBSTÉTRICA:** actividad física a través de ejercicios y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia de acuerdo a las condiciones de la gestante.

H

- **HIPOXIA FETAL:** es una disminución del aporte de oxígeno en la sangre, que puede comprometer el bienestar del feto durante el embarazo o especialmente en el momento

I

- **INFECCIÓN VAGINAL O VAGINITIS:** espectro de condiciones que causan síntomas vaginales tales como prurito, ardor, irritación y flujo anormal del nacimiento.
- **IVUS:** infección de vías urinarias

L

- **LCF:** Latidos cardíacos fetales.

- **LÍQUIDO AMNIÓTICO:** Líquido transparente y amarillento contenido en la cavidad amniótica que protege el embrión o el feto de los traumatismos externo.

M

- **MANIOBRAS DE LEOPOLD:** consisten en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal
- **MORBILIDAD:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población
- **MUERTE MATERNA:** ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42, días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional y del lugar del parto, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

N

- **NICTURIA:** es un aumento de la frecuencia en la micción nocturna de orina

O

- **ÓBITO:** Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre independientemente del cuerpo de la madre.
- **OLIGOAMNIOS:** medición del líquido amniótico es demasiado bajo

P

- **PARTO PRETÉRMINO:** Expulsión o nacimiento del producto de la gestación que ocurre entre la semana 21 y 37.
- **PARTO:** conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto
- **PIROSIS:** Sensación ardiente y dolorosa que se siente en el esófago
- **POLIHIDRAMNIO:** medición del líquido amniótico es demasiado alto se llama

- **PRE-ECLAMPSIA:** es una condición grave de la presión arterial que puede suceder después de la semana 20.

S

- **SIGNO DE GAUSS:** independencia entre cuello y cuerpo uterino.
- **SIGNO DE HEGAR I:** los dedos de ambas manos se tocan a través de la zona ístmica (reblandecida).
- **SIGNO DE O'SCHANDER:** latido de la arteria cervico vaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.

T

- **TOXOPLASMOSIS:** es una enfermedad causada por el parásito *Toxoplasma gondii*
- **TRICOMONA VAGINAL:** protozoo flagelado unicelular que se contagia por transmisión sexual y puede causar inflamación genital. En las embarazadas esta infección puede producir parto prematuro.

V

- **VDRL:** laboratorio de reacciones de enfermedades venéreas