



ICCEE

Control prenatal

La calidez y continuidad de la atención a la mujer embarazada son elementos clave para evitar la morbilidad y mortalidad materna

CONTENIDO

1. Definición
 2. Objetivos del cuidado de enfermería
 3. Condiciones básicas para ofrecer servicios adecuados
 4. Acciones básicas
- Referencias bibliográficas

1. Definición

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

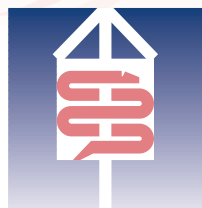
2. Objetivos del cuidado de enfermería

- Ofrecer atención prenatal personalizada
- Fomentar en la mujer embarazada una actitud proactiva en su cuidado personal y brindarle información para tomar decisiones adecuadas
- Detectar tempranamente eventos y complicaciones
- Establecer una relación estrecha y cálida con la mujer embarazada y su familia, haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos
- Fomentar el autocuidado en la mujer para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna

3. Condiciones básicas para ofrecer servicios adecuados^{1,3}

- Disponer de un área física dentro del servicio de salud para desarrollar actividades educativas tanto individuales como colectivas
- Proporcionar privacidad en las consultas, exámenes clínicos y ginecológicos
- Ofrecer fácil acceso a sanitarios
- En lo posible, disponer de un área física especial para las embarazadas adolescentes
- Destinar un espacio para archivar los expedientes de atención prenatal

De acuerdo con la Ley General de Salud mexicana, toda mujer embarazada debe recibir atención prenatal.²



NLS
Núcleo de Liderazgo en Salud

4. Acciones básicas^{2, 3, 4}

A. Garantizar una cobertura de la atención de enfermería a mujeres embarazadas en el área de influencia^{1, 2, 3}

Para evitar complicaciones y controlar los riesgos en el período del embarazo, es fundamental que el personal realice las siguientes acciones:

- Difundir en la comunidad del área de influencia que existe el servicio de control prenatal en la unidad de salud
- Levantar regularmente un censo de mujeres embarazadas y en edad reproductiva
- Ofrecer el servicio de acompañamiento prenatal a todas las mujeres embarazadas residentes en el área de influencia
- Capacitarlas para identificar los riesgos posibles y brindarles las referencias que sean necesarias

B. Realizar una búsqueda activa en una etapa temprana de su embarazo^{1, 2, 3}

La integración de las mujeres al programa de control prenatal, debe iniciarse desde el principio del embarazo para influir positivamente al proceso gestacional. La primera consulta debe ocurrir en el primer trimestre, antes de la semana 12 de gestación, esto permite:

- Identificar los factores de riesgo
- Planificar una asistencia obstétrica adecuada
- Desarrollar actividades educativas
- Establecer una red de apoyo a la mujer embarazada

Herramientas útiles

- Usar materiales educativos que estimulen a las mujeres para ingresar en la atención prenatal
- Apoyarse en las redes familiares y grupos comunitarios
- Utilizar el programa de planificación familiar, ya que a éste acuden mujeres sensibles para recibir un control temprano del embarazo

C. Garantizar la periodicidad, calidad y accesibilidad de la atención^{1, 2, 3}

El personal de enfermería debe ofrecer facilidades de acceso al servicio de atención prenatal. Para atender la demanda real en forma oportuna y continua, se recomienda:

- Establecer horarios de consulta adecuados que faciliten la asistencia a mujeres trabajadoras (turnos matutinos y vespertinos)
- Informar sobre los horarios de funcionamiento del servicio
- Garantizar la atención tanto a las mujeres con cita agendada como aquellas que demanden consulta de manera espontánea
- Repartir las fichas en horarios accesibles
- Asignar días específicos para las consultas prenatales
- Reducir el tiempo de espera
- Hacer un sistema de referencia que asegure el acceso al servicio especializado o de mayor complejidad, en caso de ser necesario
- Establecer contacto con el grupo de parteras (si las hay en el área) para:
 - a) Sensibilizar a las pacientes sobre la importancia del control prenatal (es recomendable procurar una sinergia con los proveedores de la medicina tradicional)
 - b) Establecer métodos que incorporen la medicina tradicional

D. Promover un ambiente cálido, acogedor y una relación basada en la confianza ^{1, 3}

La embarazada se siente bien atendida cuando el personal de enfermería:

- La recibe con amabilidad y no con autoritarismo
- Le responde clara y adecuadamente a sus preguntas sobre las modificaciones y conductas tomadas durante el embarazo
- Valora sus sensaciones subjetivas (ansiedad, miedos, preocupaciones, etc.) y experiencias
- Mantiene una atención continua y personalizada con sus pacientes durante todo el proceso de gestación
- Respeta las creencias, valores, tabúes, sentimientos y expectativas de la embarazada y acompañante
- Dialoga fluidamente y sin prejuicios con la mujer embarazada para compartirle conocimientos

E. Identificar los factores de riesgo (FR) y crear un sistema de referencia ^{1, 2, 3}

Es muy importante que la identificación de los FR desde la primer consulta prenatal (ver cuadro 1) y de ser posible antes de embarazarse.

Las acciones adecuadas del personal de enfermería son las siguientes:

- Referir a las pacientes a un nivel de atención especializada si se identifican FR y signos de alarma.
- Identificar los casos de embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar y derivarlas para la atención especializada con asesoría psicológica, o módulos de atención para la violencia intrafamiliar.
- Relacionar los FR con las condiciones sociales, culturales y ambientales que intervienen en la salud de la mujer embarazada y en la salud fetal.
- Conocer o tener los datos de la realidad epidemiológica local actualizados y disponibles.
- En caso de complicaciones obstétricas de la mujer embarazada derivarla a un servicio especializado. Luego de su evaluación y/o tratamiento, si es dada de alta, ella podría regresar a la unidad para continuar su atención prenatal de bajo riesgo.

F. Garantizar la participación de un acompañante elegido por la mujer embarazada durante la atención prenatal ³

La gestación es una experiencia social ya que involucra tanto la familia como a la mujer.

Los profesionales de la salud deben contemplar la participación de una persona elegida por la embarazada para acompañarla durante las consultas y actividades educativas.

Beneficios

- Esta práctica contribuye a la formación de una red de apoyo y fortalece los vínculos afectivos en la familia dentro de un ambiente saludable.
- El acompañante ayudará a identificar signos de alarma y asumirá la responsabilidad de asistir a la mujer embarazada en su consulta a los servicios de salud.
- Se ha demostrado que esta práctica disminuye la necesidad de intervenciones (analgesia, parto vaginal operatorio, cesárea, etc.).

Promoción de la participación activa del acompañante

El personal de enfermería orientará al acompañante y a la familia de la mujer embarazada para fortalecer el cuidado y seguimiento del embarazo a través de las siguientes acciones:

- Orientar al acompañante sobre la importancia de su papel.
- Compartirle conocimientos sobre la evolución de la gestación.
- Estimularlo a exponer sus dudas y miedos sobre la experiencia, durante las actividades educativas.
- Verificar que el acompañante identifique y esté atento a los signos y síntomas de alarma (sangrado vaginal, trabajo de parto, rompimiento de membranas, etc.) para que él mismo auxilie a la embarazada en la búsqueda de atención profesional.
- Valorar y estimular constantemente la participación del acompañante.
- Informar a la mujer y su acompañante sobre la posibilidad de acompañarla durante el trabajo de parto, si ella así lo desea.
- Informar desde este periodo acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y explicar sus ventajas para facilitar la aceptación de su uso dentro del periodo del puerperio. ⁸
- Respetar las creencias y valores de la embarazada y del acompañante.

Para garantizar el éxito del cuidado del personal de enfermería es necesario respetar las creencias y preferencias culturales de la mujer, el acompañante y su familia

G. Dar seguimiento de las mujeres embarazadas referidas a otro nivel³

- Registrar mensualmente el número de mujeres referidas a otros servicios; estos datos permiten la evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Buscar una comunicación adecuada con el hospital de referencia.
- Explicar a la embarazada derivada a un servicio especializado que deberá llevar consigo la información que entrega el servicio (primer nivel) sobre el motivo de referencia, datos clínicos de interés y los estudios de laboratorio y de gabinete (ultrasónidos) realizados, así como su tarjeta y diario de embarazada, si cuenta con él.

H. Hacer una búsqueda activa de mujeres embarazadas que no acudan a su cita del control prenatal^{1,3}

La inasistencia de la embarazada a la consulta prenatal puede indicar principalmente:

- Problemas para adherirse al proceso de cuidado y control
- Deficiencias en la calidad de la atención
- Diferencias culturales (preferencia a la asistencia del embarazo por parteras o medicina tradicional)

Acciones recomendables:

- Anotar en la ficha prenatal la asistencia a cada consulta programada, llevar un registro semanal de las faltas a la consulta programadas
- Organizar un sistema formal (por ejemplo, visitas domiciliarias, contactos telefónicos), para determinar el motivo por el cual la embarazada no asistió a la consulta
- En los casos en que una embarazada no acuda a su siguiente cita se recomienda:
 - Localizarla por medio de visita domiciliaria, carta, mensaje con vecinos, avisos por radio y/o llamada telefónica.
 - Averiguar las razones de su inasistencia
 - Ofrecer alternativas para ayudarla a continuar con su control prenatal
 - Ofrecer la referencia a otro centro en caso de ser necesario
 - Cuando la mujer retorne a la atención prenatal, la consulta debe incluir todas las actividades de la(s) consulta(s) perdida(s), junto a las actividades de consulta actual

I. Realizar actividades educativas por el personal de enfermería^{1,2,3,4,5}

Las actividades educativas pueden ser programadas y desarrolladas de forma individual (en las consultas) y colectiva (grupo de sala de espera, y grupo de mujeres embarazadas y/o parejas). Se recomienda dar charlas y utilizar carteles ilustrativos.

Orientar e informar utilizando material escrito acerca del proceso gestacional

La información que la mujer embarazada y su familia **no deben** olvidar, es:

- Importancia de la atención prenatal y el uso del carné perinatal o carné de la embarazada (A)
- Utilidad de la evaluación pregestacional cuyo propósito es evaluar factores de riesgo, en caso de ser necesario mejorar la salud de la mujer antes de embarazarse, e iniciar el tratamiento con ácido fólico 0.4mg/día desde un mes antes del embarazo (A)
- Lugar y ubicación del servicio de atención prenatal y sus respectivos números telefónicos
- Explicación sobre el desarrollo de la gestación
- Incomodidades comunes de la gestación
- Orientación alimentaria
- Cuidados de higiene personal
- Conducta sexual de la embarazada, (ausencia de efectos adversos en caso de embarazo normal)
- Vacunación antitetánica
- Actividad física adecuada, no es necesario disminuir solo hay que tener cuidado con el traumatismo abdominal.
- Prevención de ITS, VIH (A)

Niveles de evidencia

A = Consistente, evidencia de buena calidad

B = Inconsistente o limitada calidad

C = Por consenso, práctica u opinión

- Información acerca del uso de medicamentos, tabaquismo, alcohol y drogas ilícitas
- Apoyo a las mujeres que fuman para que dejen de hacerlo su efecto es evidente (A)
- Derechos y deberes de la mujer embarazada en cuanto a los aspectos legales (sociales, laborales, asistenciales); apoyar que hagan uso del permiso prenatal
- Importancia de la participación familiar en el proceso de gestación.
- Red hospitalaria de la región para la atención del parto
- Preparación para el parto
- Cuidados con el recién nacido
- Lactancia materna
- Importancia de la consulta puerperal precoz e inicio del control del niño sano, plan de inmunizaciones
- Planificación familiar
- Salud dental

Sintomas y signos de alarma

Promover la búsqueda de atención inmediata para la embarazada con síntomas y signos de alarma como pueden ser

- a) Trabajo de parto prematuro (dolor de parto en cualquier momento del embarazo)
- b) Sangrado vaginal
- c) Rompimiento de membranas (salida de líquido por genitales)
- d) Dolor abdominal
- e) Cefalea intensa (dolor de cabeza)
- f) Visión borrosa
- g) Acúfenos
- h) Dificultad respiratoria
- i) Fiebre
- j) Edema de manos, cara, miembros inferiores
- k) Sensación de desmayo
- l) Palidez
- m) Vómitos
- n) Debilidad
- o) Cambios en el movimiento fetal
- p) Convulsiones

Beneficios de las acciones educativas

- Fortalecen a la mujer en su capacidad de decisión
- Disminuyen la ansiedad
- Permiten reconocer oportunamente las señales de peligro
- Estimulan la participación de personas cercanas a la embarazada
- Alertan sobre el peligro que puede existir en los casos de riesgo y sobre la importancia de contar con un medio de traslado a un servicio especializado, de ser necesario

J. Informar sobre los exámenes de laboratorio y gabinete que se requieren^{2,3}

Los exámenes y pruebas solicitados deben responder a un propósito inmediato y realizarse únicamente en caso de ser necesario.

Los exámenes imprescindibles son:

- Tipo sanguíneo y factor Rh
- Biometría hemática completa
- Química sanguínea glucemia
- Examen general de orina (A) (bacteriuria, proteinuria)
- VDRL
- Prueba VIH (solicitar consentimiento informado y de acuerdo a normas oficiales)
- Papanicolaou (si no fue realizado en los últimos dos años) (B)

K. Realizar una sistematización de la atención prenatal y características de las consultas^{1,3}

- Todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal,² de acuerdo a las etapas de gestación.
- Toda mujer embarazada vinculada al servicio prenatal debe ser referida o derivada a un segundo nivel de atención a las 35 semanas de gestación.
- Todo servicio de atención prenatal debe contar con un sistema de referencia y contrarreferencia.
- El servicio de atención prenatal debe tener definidos los servicios especializados a los que se derivará a las mujeres embarazadas con patologías preexistentes o recurrentes de la gestación, con el fin de garantizar atención temprana en situaciones de riesgo.
- Siempre que sea posible, la embarazada debe ser atendida durante parto por el mismo equipo de salud que la acompañó durante el periodo de control prenatal.
- Promover una interacción con el equipo y el local donde acontecerá el parto, de ser posible debe ser programada una visita al servicio de asistencia al parto.

RECOMENDAMOS NO OLVIDAR QUE:

1. Todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal²
2. Las consultas deben realizarse de acuerdo a la etapa de gestación^{1,2}
 - Antes de las 12 semanas
 - A las 20 semanas (NOM 22-24 sem)
 - A las 32 semanas (NOM 27-29 sem)
 - A las 36/38 semanas (NOM 33-35 sem)
 - Consulta posparto en la primera semana
3. Programar las consultas adicionales que sean necesarias dependiendo de las condiciones, necesidades e identificación de factores de riesgo
4. Toda paciente debe tener su propio carné de control prenatal (A)⁹
5. Promover, si es posible, que la mujer embarazada lleve su propio diario de embarazo

Basado en el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS (2003)

CUADRO 1. FACTORES DE RIESGO PREGESTACIONALES^{1,2,3,4}

Condiciones tales como:

- Obesidad
- Desnutrición
- Antecedente de presencia de hipertensión arterial, enfermedad renal, cardíaca, diabetes, epilepsia, cáncer, hepatitis viral, infección con el virus del papiloma humano
- Edad menores de 18 años y mayores de 35 años
- Cesárea previa
- Antecedente preeclampsia-eclampsia
- Multiparidad
- Antecedente de 3 o más abortos
- Antecedente de partos prematuros
- Antecedente de muerte neonatal
- Antecedente de producto con anomalías congénitas
- Antecedente de producto con bajo peso al nacer (< 2.5 kg) o macrosómicos (> 4.5 kg)
- Antecedentes de trastornos genéticos familiares
- Antecedentes de incompatibilidad de grupo y Rh
- Factores sico-sociales de violencia intrafamiliar, depresión

Referencias Bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM). 007-SSA2-1993 .Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
2. Villar J, Bergsjo P. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2003.
3. Organización Panamericana de Salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe, 2004
4. NICE Guideline CG6. Antenatal care-routine care for the healthy pregnant woman National Institute for Clinical Excellence. London: NICE, 2003.
5. General Prenatal Care and Counselling Issues. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. Am Fam Physician 2005;71:1307-16, 1321-2.
6. General Prenatal Care and Counselling Issues. Evidence-Based Prenatal Care: Part II. Am Fam Physician 2005;71:1555-60, 1561-2.
7. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. Int J Gynaecol Obstet
8. Romero Gutiérrez G, Martín García-Vázquez G, Huerta Vargas LF et al. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. Ginecol Obstet Méx., oct. 2001, vol.69, no.10. ISSN 0300-9041
9. Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: t 2002;77:79-81

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk
SECRETARIO DE SALUD
Dr. Enrique Ruelas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Héctor Hernández Llamas
COORDINADOR EJECUTIVO DEL FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mauricio Hernández
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORES

Dra. María Teresa Cárdenas • INSP
Dr. Carlos Carrillo • INSP

Revisores

Dra. Lilia Pineda Meléndez • HGJGP*
Dr. Alberto Almazán B. • HGJGP
Lic. en E. Andrea Leticia Gómez • HGJGP
Lic. en E. Patricia Ortiz Vera • HGJGP
COLABORACIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HGJGP

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Ana Bellinghausen Rico • INSP
Dr. Juan Francisco Molina • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

* HGJGP: Hospital General José G. Parrez