

## ATENCIÓN PRENATAL

Dra. S. Santisteban

### CONCEPTO

Es el conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes en nuestro país a través del Sistema Nacional de Salud, y tiene la cobertura más ancha de esa pirámide en la atención primaria de salud (médicos y enfermeras de la familia).

Su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas.

### OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Lograr que ninguna mujer fallezca a causa de una gestación (directa o indirecta).
2. Disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatales incluyendo el bajo peso al nacer y las secuelas de la hipoxia intrauterina.
3. La premisa fundamental de la atención prenatal (APN) es la captación precoz, antes de la semana 10 de EG.

¿Por qué deseamos que la captación sea antes de las 14 semanas de EG?

En primer lugar porque con nuestra cobertura de profesionales en salud pública esta meta se puede lograr (100 %), y en segundo lugar, por las ventajas que esta captación temprana nos proporciona para nuestro trabajo, ya que facilita:

1. Detectar afecciones crónicas asociadas con el embarazo y brindar atención médica especializada en equipo, así como mayor frecuencia en los controles prenatales.
2. Si fuera necesario, valorar con la pareja la conveniencia de una interrupción de esta gestación hasta lograr la compensación de la afección crónica.
3. Detectar o corroborar por el examen bimanual la concordancia del tamaño del útero y el tiempo de amenorrea.

4. Conocer las cifras basales de tensión arterial (TA), aunque es posible que ya su médico de familia la tuviera controlada en su ficha familiar.
5. Realizar la valoración ponderal y clasificación del grado nutricional de cada gestante para prevenir el bajo peso y el riesgo de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación.
6. Valorar psicosocialmente a la gestante y su familia para conocer el grado de aceptación de esta gestación, y así inferir el grado de cooperación que tendrán nuestras indicaciones médicas.

La APN actual se comienza y realiza en más de 95 % del total en mujeres embarazadas en el consultorio del médico general integral, y su cronología o periodicidad debe abarcar un mínimo de 8 consultas, que se deben desarrollar de la forma siguiente:

1. Consulta de captación (antes de las 14 semanas).
2. Interconsulta de evaluación con el especialista de ginecoobstetricia a los 15 días de la captación.
3. Reconsultas cada 6 semanas hasta la interconsulta de reevaluación con el especialista a las 30 semanas.
4. Reconsultas mensuales hasta las 40 semanas en que se realizará una nueva reevaluación con el ginecoobstetra.

Esta frecuencia en la APN se les brindará a todas las gestantes *que evolucionan normalmente*, y se complementa con las visitas de terreno (en el hogar) que realizará su médico y enfermera de la familia.

En el nivel secundario las gestantes se atenderán en consultas especializadas, que se organizan de acuerdo con su enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cardiopatías), por desnutrición materna, o por cesáreas anteriores.

En el nivel terciario (institutos de investigaciones), las gestantes pueden recibir atenciones, consultas coordinadas por afecciones crónicas o complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio.

Muchas de nuestras gestantes pueden ser atendidas en los hogares maternos donde se ingresarán cuando sea necesario por riesgo de prematuridad, para mejorar su estado nutricional y lograr un buen reposo. También pueden ingresar para esperar su parto por vivir en zonas intrincadas geográficamente. En estas instituciones las condiciones estructurales y funcionales se asemejan a los hogares de las gestantes, y desde su creación llevan implícito un trabajo educativo en múltiples aspectos de salud, en general, y en lo referente al binomio madre-feto en particular.

## METODOLOGÍA DE LA ATENCIÓN PRENATAL

### PRIMERA CONSULTA

Es la de captación de la gestante 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 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.

### 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.

### EXAMEN FÍSICO INTEGRAL

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

En este paso es muy importante la valoración ponderal que se puede realizar por el método de *índice de masa corporal* (IMC), o sea:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kg}}{\text{talla (m}^2\text{)}} = \text{kg/m}^2$$

Los resultados serán los siguientes:

1. *Bajo peso (menor que 18,7 kg/m<sup>2</sup>):* requiere entre 35 y 45 cal/kg de peso.
2. *Normopeso (18,7 a 23,6 kg/m<sup>2</sup>):* requiere entre 30 y 35 cal/kg de peso.
3. *Sobrepeso (23,6 a 26,5 kg/m<sup>2</sup>):* requiere entre 25 y 30 cal/kg de peso.
4. *Obesa (mayor que 26,5 kg/m<sup>2</sup>):* requiere entre 20 y 25 cal/kg de peso.

### 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.

*Inspecciones de genitales.* Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumores 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 cervicovaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.
4. *Signo de Noble-Budin:* abombamiento del útero a través de los fondos de los sacos laterales de la vagina.
5. *Signo de Piscacek:* prominencia tactable hacia uno de los cuernos uterinos por la implantación ovular hacia esa zona.

## 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 posprandial 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. Urocultivo si existieran APP de pielonefritis.
11. Otros complementarios:
  - a) Alfabetoproteína, 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 alfabetoproteína.

## CONSULTA DE EVALUACIÓN

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

### 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.

## SEGUIMIENTO DE RECONSULTAS

No es posible abarcar en un libro de texto básico toda la gama de situaciones y problemas individuales que pueden ir apareciendo durante la evolución de una gestación, pero sí debemos recalcar que en cada consulta debemos tener presente una serie de tareas:

1. Escuchar todas las inquietudes de la gestante, así como las del esposo, la madre y la suegra.
2. Educarla en todos los aspectos higiénico-dietéticos de la gestación, el parto y el puerperio. Iniciar la educación sobre la lactancia materna. Dosificar en cada consulta qué aspecto del embarazo se va a explicar de acuerdo con su EG.
3. Valorar la presencia o no de infecciones vulvo-vaginales, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, porque en ocasiones las mujeres no lo declaran.
4. Valorar las 3 curvas de la atención prenatal: de peso, de altura uterina y de tensión arterial (TA).

## CURVA DE PESO

La educación de las gestantes debe comenzar desde su captación, y nuestro objetivo es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de EG. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun aquellas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg. El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en el primer período son frecuentes la anorexia, las náuseas y, en algunas ocasiones, los vómitos.

El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg por semana. Si dicho aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, estará presente el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.

## CURVA DE ALTURA UTERINA

Aunque en esta medición pueden existir los errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, es correcto que ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de la altura uterina, el médico realice una revisión de las posibilidades

diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación.

El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm/semana, a partir de las 14 semanas de EG. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de más o de menos.

*Signo de más.* Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.

En este caso existen las posibilidades diagnósticas siguientes:

1. Error de cuenta.
2. Obesidad.
3. Macrosomía fetal.
4. Gestación múltiple.
5. Polihidramnios.
6. Tumores y embarazo.
7. Mola hidatiforme.
8. Malformaciones fetales.

Para el diagnóstico y la atención general de cada signo de más, se tendrán en cuenta los posibles diagnósticos.

*Error de cuenta.* Se sospechará ante mujeres no eumenorreicas o que no pueden precisar con seguridad su FUM, además de basarnos en el primer tacto bimanual de consulta de captación, donde no existió concordancia entre su amenorrea y el tamaño alcanzado por el útero; esto se corroborará con la ultrasonografía del programa a las 20 semanas de EG. Estas pacientes continuarán su APN en su área de salud hasta las 40 ó 41 semanas.

*Obesidad.* Desde la captación se encontró un IMC mayor que 26,5 kg/m<sup>2</sup>.

*Macrosomía fetal.* Se planteará esta posibilidad ante parejas de talla alta y por los APP y APF de diabetes mellitus, así como en aquellas mujeres con partos anteriores con pesos superiores a los 4 000 g. En el examen físico se detecta aumento de onda líquida y sólo se ausculta un foco fetal con mucha antelación a lo normal para otras gestaciones. Se corroborará la EG por ultrasonografía evolutivas y se le debe realizar una PTGO a la madre.

*Gestación múltiple.* Se sospecha por el aumento exagerado de peso materno, la palpación de muchas partes fetales, los movimientos fetales exagerados, no aumento de la onda líquida, la auscultación de más de un foco fetal con diferencia en el número de latidos por minuto, así como signos de toxemia. Una vez corroborado el diagnóstico por ultrasonografía, se debe dar información a la gestante y familiares para lograr la co-

operación de todos en la prevención de la prematuridad y darles a conocer que en nuestro país la metodología de tratamiento en estas gestaciones es de ingreso precoz entre las 28 y 30 semanas de EG.

*Polihidramnios.* En esta entidad el útero puede estar "tenso", con irritación, y se determina la presencia de onda líquida aumentada. Se detectan con dificultad las partes fetales y la auscultación del foco fetal se escucha como apagado; la gestante puede referir dolor abdominal y sensación de hipotensión severa en la posición en decúbito supino.

El ILA es lo que corrobora el diagnóstico y se deben descartar las malformaciones fetales. Es necesario el reposo relativo, que puede cumplirse con un ingreso domiciliario. Si ocurre un episodio de polihidramnios agudo, puede ser necesario el empleo de punciones evacuadoras y valorar la conducta que se seguirá por el colectivo del hospital.

*Tumores y embarazo.* Casi siempre existe el diagnóstico previo de mioma o se sospecha desde el primer tacto bimanual; se verificará por ultrasonografía y debe ser una paciente que se atienda en conjunto con los ginecoobstetras del área para definir conductas de tratamiento. Las gestantes con diagnóstico de quistes de ovarios, se deben remitir al hospital para interconsultas y valorar la conducta terapéutica de acuerdo con el tipo de tumor, edad, paridad, tiempo de EG, etc. (ver capítulo 30). Todas estas gestantes necesitarán un reposo relativo como profilaxis del parto prematuro.

*Mola hidatiforme.* Es uno de los signos de más que se presentan con menos frecuencia, pero se debe pensar en ésta cuando existen signos subjetivos del embarazo de forma exagerada: cuando el útero aumenta como a saltos, con una consistencia pastosa y predomina el eje transversal del útero sobre el anteroposterior. En muchas ocasiones antes de que ocurra el aborto molar, las mujeres refieren sangramiento en forma de manchas, como un agua rosada, no refieren movimientos fetales cuando alcanzan el segundo trimestre de la gestación y el médico no tasta partes fetales. Con la ultrasonografía se observa la imagen de "nieve barriada" y la inexistencia de partes fetales. Estas pacientes deben ser ingresadas de inmediato para conducta evacuadora y debe existir una relación muy coordinada entre los profesionales de la salud del hospital y de la comunidad para su seguimiento posterior durante 2 años como mínimo, y asegurar el uso de algún método anticonceptivo.

*Malformaciones fetales.* Actualmente su diagnóstico es bastante temprano en nuestro país, por las

determinaciones de alfafetoproteína entre las 15 a 19 semanas de gestación y la realización a todas las gestantes de la ultrasonografía programada a las 20 semanas de gestación.

La decisión de la interrupción o no de la gestación ante una malformación fetal incompatible con la vida es una decisión de la pareja; el colectivo médico en discusión colegiada debe valorar el método o la vía más adecuada para la evacuación uterina, si es ésta la decisión. Todos los diagnósticos presuntivos, ante un signo de más o de menos, deben ser confirmados en interconsultas del médico de la familia y los ginecoobstetras del área de salud. Las conductas deben ser valoradas en conjunto hospital-comunidad de forma cada vez más dinámica. El objetivo es decidir lo más favorable para la paciente y lograr un mejor costo-beneficio como forma de colaborar con el verdadero desarrollo socio-económico del país para cumplir con el nuevo concepto de la OMS sobre municipios saludables.

*Signo de menos.* Más de 2 cm por debajo de la altura uterina normal para esa edad gestacional. Las posibilidades diagnósticas pueden ser:

1. Error de cuenta.
2. Desnutrición materna.
3. Aborto retenido.
4. Muerte fetal.
5. CIUR.
6. Mola embrionada.
7. Malformaciones fetales.

Para el diagnóstico de signo de menos es necesario emplear el diagnóstico ultrasonográfico para corroborar la presencia de latido cardíaco, el índice de líquido amniótico y el perfil de crecimiento. Con la ultrasonografía del programa realizada a las 20 semanas de EG, corroboramos el posible error de cuenta.

En todos estos diagnósticos (excepto en el caso de error de cuentas) se realizará un ingreso precoz para mejorar el estado nutricional de la paciente o determinar la conducta de interrupción de la gestación en el momento más adecuado para el binomio madre-hijo, si fuera necesario.

En casi todas estas entidades el útero se presenta irritable, el feto está apelonado, y existe un incremento insuficiente del peso materno o decrecimiento.

Por estudio radiológico se podrán detectar los signos radiológicos de muerte fetal (halo pericraneal, encorvamiento de la columna vertebral, "feto nadador"; pero en la actualidad, la ultrasonografía ha desplazado este medio diagnóstico.

## CURVA DE TENSIÓN ARTERIAL (TA)

Se denominan trastornos hipertensivos de la gestación a una variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial y que puede referirse a la TA sistólica, diastólica o a ambas.

Según la (OMS) existe hipertensión arterial cuando se comprueba una TA de 140/90 latidos/min o más, por 2 veces consecutivas, con intervalos de 6 horas.

En obstetricia también se considera que existe hipertensión arterial cuando existe un aumento de 30 mm de Hg o más de la TA sistólica y de 15 mm de Hg o más de la presión diastólica. Asimismo, hay hipertensión cuando la presión arterial media (PAM) es de 105 mm de Hg o más.

$$PAM = \frac{TA \text{ sistólica} + 2 \text{ TA diastólica}}{3}$$

¿Cómo medir la TA?

Se realiza con un esfigmomanómetro de mercurio, en posición de pie. La paciente debe estar sentada, con el brazo derecho apoyado en la mesa en el cual se debe tomar. La persona que realiza la técnica también debe estar sentada.

A partir del tercer trimestre (28 semanas) la TA se tomará a la paciente en decúbito lateral supino, después de 5 min de estar en esta posición. Se insiste en que no debe haber fumado (ver capítulo 13).

La HTA se clasifica de la forma siguiente (ver capítulo 13):

1. Trastornos hipertensivos dependientes de la gestación (a partir de las 20 semanas de EG):
  - a) Preeclampsia (leve y grave).
  - b) Eclampsia.
2. Enfermedad hipertensiva crónica (existía antes de la gestación o se conoció antes de las 20 semanas).
3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.
4. Hipertensión transitoria o tardía.

La profilaxis de la EHG debe ir dirigida a:

1. Detectar en la labor de terreno a las pacientes de riesgo: edad menor de 20 años o más de 35 años, nulíparas, APF de hipertensión, bajo peso u obesas y patrones culturales bajos.
2. Educación nutricional desde la consulta de captación.

3. Detectar a tiempo los signos iniciales y las formas leves de la enfermedad.
4. Ingreso de la paciente para precisar diagnóstico, estado de la enfermedad y para su atención en equipo.

El objetivo del ingreso hospitalario es completar el estudio de la hipertensión y la educación sanitaria

Luego se continuará la atención médica en el hospital de su área de salud, por consulta o ingresada, de acuerdo con el diagnóstico, EG, etc. Es muy importante el apoyo psicológico de todos los profesionales de la salud a esta paciente y sus familiares, sobre todo cuando es un cuadro grave; debe tratarse con mucha ética toda la información que se brinde sobre la evolución y las complicaciones de este tipo de gestantes.

## OTRAS ALTERACIONES

Es frecuente que durante la APN 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 (sangramiento, anemia, infección urinaria, etc.) que serán abordados en otros temas de este libro de texto. No obstante, el médico debe consultar con otros profesionales sus dudas diagnósticas y conductas, y siempre confirmar el diagnóstico real antes de aplicar el tratamiento. *Nunca se deben realizar en las gestantes diagnósticos-terapéuticos, ni minimizar sus preocupaciones.*