

Capítulo 5

Aplicación de la NOM-007-SSA2-2016 en la consulta médica para el control del embarazo

Application of NOM-007-SSA2-2016 in the medi- cal consultation for pregnancy control

Alma Leticia Zamora Villegas²⁰

Mónica del Socorro Macarena Padilla²¹

Roberto Joel Tirado Reyes²²

<https://doi.org/10.61728/AE24002844>



²⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** alma.zamora@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6332-3441>

²¹ Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** monica.mp@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0679-5898>

²² Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** robertojtr@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Resumen

La aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 durante el control prenatal es de suma importancia, ya que permite la estandarización de la atención. Esta norma establece los criterios y procedimientos obligatorios que deben seguirse para brindar una atención prenatal de calidad en todo el país. Además, posibilita la detección oportuna de riesgos. Mediante la realización de los estudios, evaluaciones y procedimientos establecidos en la norma, es posible identificar de manera temprana factores de riesgo y posibles complicaciones durante el embarazo. Esto facilita la prevención de complicaciones y el manejo adecuado de estas, lo cual resulta en una reducción en la tasa de mortalidad. Al brindar una atención conforme a la normativa, se reducen los riesgos y se elevan los estándares de calidad, impactando positivamente en la disminución de la mortalidad materna e infantil.

Introducción

En la prehistoria, las mujeres embarazadas probablemente no tenían acceso a ningún tipo de atención médica formal o especializada. La atención durante el embarazo y el parto era manejada por mujeres integrantes de la comunidad, quienes transmitían sus conocimientos y prácticas de generación en generación. Algunas de las prácticas que se cree que se llevaban a cabo durante el embarazo en la prehistoria incluyen rituales y ceremonias. Muchas culturas primitivas realizaban rituales y ceremonias para proteger a la madre y al bebé durante el embarazo y el parto. Estos rituales a menudo involucraban ofrendas, cantos y danzas.

El uso de hierbas y remedios naturales también era común, ya que las mujeres de las comunidades primitivas poseían un conocimiento empírico de las plantas medicinales que podían ayudar a aliviar los malestares del embarazo y facilitar el parto. Además, se practicaban masajes y manipula-

ciones en el vientre de la mujer embarazada con el fin de intentar colocar al bebé en una posición adecuada para el parto. El apoyo de otras mujeres era fundamental: durante el parto, la mujer embarazada era asistida por otras integrantes de la comunidad, quienes brindaban apoyo emocional y físico. Algunas culturas primitivas tenían prácticas específicas para proteger a la madre y al bebé durante el embarazo y el parto, como restricciones alimenticias o de actividad física.

Es importante tener en cuenta que la atención prenatal en la prehistoria era muy limitada y estaba basada en conocimientos empíricos y tradiciones culturales. Las tasas de mortalidad materna e infantil eran muy altas en comparación con los estándares actuales, debido a la falta de atención médica adecuada y las condiciones de vida precarias. El control prenatal ha evolucionado con el tiempo, desde un modelo inicial centrado en la atención del parto hasta un enfoque integral de seguimiento de la salud de la madre y el feto. En la antigüedad, el embarazo y el parto eran atendidos principalmente por parteras o comadronas, quienes carecían de formación médica formal.

La mortalidad materna e infantil era muy elevada. Durante los siglos XVI al XVIII, con el desarrollo de la obstetricia, comenzaron a surgir manuales y un mayor control de la progresión del embarazo y la aparición de complicaciones. Sin embargo, estos avances aún resultaban insuficientes. A principios del siglo XX, comenzaron a popularizarse los controles prenatales periódicos durante la gestación mediante la medición de la presión arterial, el peso y la altura uterina.

En 1901, el médico francés Adolphe Pinard introdujo el concepto de “vigilancia prenatal”, la cual consistía en realizar exámenes periódicos a las mujeres embarazadas para detectar y prevenir posibles complicaciones. Pinard también enfatizó la importancia de la educación prenatal y el cuidado de la salud materna. Ya para las décadas de los años 50 y 60, se comenzaron a estandarizar pruebas de laboratorio y gabinete durante el control prenatal, como el análisis de orina y sangre, el ultrasonido prenatal y las pruebas genéticas. Se enfocaron en riesgos y complicaciones obstétricas. En décadas recientes, con la Medicina Basada en Evidencia, el control prenatal adopta un abordaje más integral e interdisciplinario de atención, que involucra la promoción de la salud y el apoyo psicosocial.

Actualmente, la vigilancia y los cuidados prenatales en la mujer embarazada tienen como piedra angular la atención prenatal, la cual consiste en una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas con el personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo. Incluye la difusión de información, la instauración de medidas de prevención, así como la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica relacionados con la evolución normal del embarazo y el parto (División de Atención Prenatal y Planificación Familiar , 2016).

Marco Teórico

El control prenatal es de gran importancia durante el embarazo, ya que permite un seguimiento adecuado tanto para la salud de la madre como para la del feto. Este proceso incluye pruebas de laboratorio y gabinete que permiten detectar factores de riesgo o complicaciones de manera temprana, facilitando la implementación oportuna de intervenciones y tratamientos adecuados para abordar posibles problemas en la salud de la embarazada y del feto durante la gestación. Además, permite la prescripción de suplementos como vitaminas, hierro y ácido fólico, que contribuyen a un mejor estado nutricional de la madre durante el embarazo y el desarrollo del bebé, así como brindar educación para la salud sobre dieta balanceada, actividad física, eliminación de sustancias nocivas y salud oral, apoyando a la futura madre en la adopción de conductas de autocuidado.

Según la OMS (2016), la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Esto incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas por parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza (IMSS , 2017).

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 (DOF, 2016).

La *Ley General de Salud*, en su artículo 67, determina el carácter prioritario de la planificación familiar como parte de los servicios de salud. También establece que este servicio debe incluir entre sus actividades información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, acceso a información anticonceptiva oportuna y sanciones a quienes practiquen la esterilización sin el consentimiento de los o las pacientes.

Según el informe de estadísticas de salud mundial de la ONU (2023), los niveles de la tasa de mortalidad materna, así como las tasas de progreso y la desaceleración, han sido desiguales en las distintas regiones de la OMS. La Región de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud mantuvo la tasa de reducción y los primeros cinco años de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reduciendo la tasa de mortalidad materna de 372 (IC: 336–423) muertes por 100 000 nacidos vivos en 2000 a 117 (IC: 106–133) muertes por 100 000 nacidos vivos en 2020.

La Región de África, si bien mantiene la reducción de la tasa anual relativamente estable en 2,0 % durante las últimas dos décadas, continuó teniendo la tasa de mortalidad materna más elevada.

La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región de Europa observaron una tendencia a la reversión, con un aumento de los niveles de la tasa de mortalidad materna entre 2016 y 2020, después de haber disminuido. Los niveles de la tasa de mortalidad materna se han mantenido bajos (por debajo de 100 muertes por 100 000 nacidos vivos) desde 2000.

En 2020, 13 países tenían una tasa de mortalidad materna que era muy alta (entre 500 y 999) o extremadamente alta (más de 1000). De estos países, 11 están en la Región Africana y dos están en la Región del Mediterráneo Oriental. En total, 117 países y zonas tenían una tasa de mortalidad materna inferior a 100 muertes por 100 000 nacidos vivos, 60 de las cuales

tuvieron una tasa de mortalidad materna extremadamente baja (por debajo de 20) (*Cuadro 1*).

También pueden producirse disparidades dentro de los países, siendo la maternidad un factor clave. Los niveles de la tasa de mortalidad varían según las regiones subnacionales, lugares de residencia, nivel socioeconómico (como ingresos y niveles educativos), y otros determinantes sociales, como la raza y la etnia. Según la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018)*, existen 9,7 millones de mujeres de 15 a 49 años con embarazo, de las cuales el 95,5 % (9,3 millones) tuvo atención prenatal, y de ellas, el 89,1 % (8,2 millones) recibió la primera consulta durante las 12 semanas iniciales de gestación (*CENETEC, 2022*).

(*CENETEC, 2022*, citado en Heredia, 2016). En México, la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98,4 %. Sin embargo, únicamente el 71,5 % de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada. Al analizar las dimensiones de la atención prenatal de manera condicionada, se muestra que el 98,4 % de las mujeres la recibe de forma calificada (por parte de médico o enfermera especialista), el 83,2 %, de forma oportuna (durante los primeros tres meses del embarazo), el 79,9 %, de manera suficiente (al menos cuatro visitas), y tan solo el 71,5 %, de forma apropiada (información pertinente).

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es una 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 adoptó, junto con 189 países más, al firmar la *Declaración del Milenio* en 2000. Hasta 2015, la atención materna y perinatal estuvo vinculada al Objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y al Objetivo 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, las acciones se orientan a la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, los niños y ado-

lescentes, transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, madre y niño no solo sobreviva, sino que prospere (DOF , 2016).

El informe epidemiológico publicado por la Secretaría de Salud de México, correspondiente a la semana epidemiológica 52 (diciembre de 2023), presenta que la razón de mortalidad materna calculada es de 26,5 defunciones por cada 100 000 nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 12,9 % en comparación con la misma fecha del año anterior.

Las principales causas de defunción son: hemorragia obstétrica (19,4 %); enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (16,2 %); y aborto (8,3 %). Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (70), Veracruz (39), Guerrero (38), Chiapas (37) y Jalisco (32). En conjunto, suman el 39,0 % de las defunciones registradas. Sinaloa presenta seis defunciones.

Las defunciones por institución durante la semana 52 fueron: SSA (250), IMSS (118), el sector privado (35), ISSSTE (10) e IMSS Solidaridad (12). La Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente , instrumentada a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, se alinea con las estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2013-2018 .

La finalidad de esta guía es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales en relación con:

- Promover el inicio temprano de la atención prenatal.
- Fortalecer la detección temprana de infecciones de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo y enfermedades de transmisión sexual.
- Garantizar la detección y tratamiento adecuado de complicaciones asociadas al embarazo.
- Optimizar la referencia oportuna de pacientes con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo o patologías maternas que así lo ameriten.

La implementación de esta guía favorece la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica, lo que contribuye al bienestar de las personas y de las comunidades, constituyendo el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

El sistema de salud de México se ha nutrido de las recomendaciones y lineamientos establecidos en las guías de práctica clínica de atención prenatal de la OMS, adaptándolos al contexto y sistema de salud mexicano. Esto permite brindar una atención prenatal estandarizada y basada en evidencia científica actualizada en todo el país.

El 6 de enero de 1995 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993*, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. El 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la *Ley General de Salud* y los artículos 71 al 75 del Reglamento de la *Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, se firmó el *Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica, con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional.

Considerando el incremento de violencia documentada en estudios nacionales e internacionales contra las mujeres en todas sus formas, y en razón del estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad, así como otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna. La violencia, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y puede generar complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil, los cuales deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera, se actualizó la norma, dando como resultado la *NOM-007-SSA2-2016*, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién

nacida, la cual contribuye a corregir desviaciones que afectan la calidad de la atención en salud y señala pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

La *NOM-007-SSA2-2016* 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. 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 a las personas recién nacidas.

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.

Como resultado, la *NOM-007-SSA2-2016* estandariza y uniformiza el control prenatal en el país con la finalidad de garantizar una atención de calidad a las mujeres embarazadas. A continuación, se define:

Atención del embarazo

1. Las actividades por realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:
 - Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o guía básica para la mujer embarazada, los cuales deben incluir los siguientes apartados:
 - Identificación de la embarazada : Nombre completo (debidamente acreditado con una identificación oficial), edad, escolaridad, estado civil, ocupación, domicilio habitual, número telefónico y datos de contacto de un familiar o persona cercana para establecer comunicación en caso necesario.
 - Antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y personales no patológicos : Registrar información relevante sobre enfermedades genéticas, crónicas o condiciones de salud previas, así como hábitos y estilo de vida.

- Antecedentes de embarazos previos y su resolución : Obtener información mediante un interrogatorio intencionado sobre datos relevantes, como cesáreas previas, preeclampsia, hemorragias obstétricas, partos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal, pérdidas recurrentes de gestación, diabetes gestacional y malformaciones congénitas.
2. Realizar el diagnóstico del embarazo mediante métodos clínicos, de laboratorio (prueba inmunológica en orina o suero) o ultrasonográficos. Con este propósito, no deben realizarse estudios radiográficos con radiación ionizante ni prescribirse medicamentos hormonales.
 3. Calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto mediante los siguientes métodos:
 - Wahl y Naeglele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;
 - A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y
 - En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.
 4. Realizar una búsqueda intencionada de factores de riesgo durante el interrogatorio.
 5. Identificar los siguientes factores de riesgo para diabetes gestacional (DG): padres con diabetes mellitus (DM) o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad igual o superior a 25 años; peso al nacer de la paciente igual o superior a 4 kg; obesidad con peso igual o superior a 90 kg; índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² antes del embarazo; pacientes con glucemia en ayunas igual o superior a 130 mg/dl; hijos con peso al nacer igual o superior a 4,000 g; antecedente de muerte fetal; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.
 6. Identificar e informar a la mujer embarazada sobre el alto riesgo que representan el consumo de sustancias químicas adictivas, la automedicación, la exposición a fármacos, tabaco, marihuana, alcohol u otras drogas psicoactivas o psicotrópicas, así como otras sustancias con efec-

tos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo y causar daño embrio-fetal, independientemente del período gestacional.

7. En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, evaluando la relación riesgo-beneficio de su administración.
8. Identificar datos relacionados con depresión u otros trastornos de salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.
9. Cuando se atienda a una mujer embarazada, particularmente si es adolescente menor de 15 años, realizar una búsqueda intencionada de indicios de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrar datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
10. Realizar una exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional; exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y la frecuencia cardíaca fetal, cuando corresponda, así como la toma de citología cérvico-vaginal, si procede.
11. Prescribir medidas generales de higiene y dieta con el fin de promover la salud.
12. Administrar 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.
13. Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0,4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el período, con un mínimo de tres meses previos a la primera consulta, y durante todo el embarazo.
14. Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:
 - *Biometría hemática completa*.
 - Grupo sanguíneo y factor Rh. En pacientes Rh negativo, realizar prueba de Coombs indirecto.
 - Glucosa en ayunas y a la hora poscarga de 50 g.
 - Creatinina y ácido úrico.
 - Examen general de orina: se recomienda realizar una prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal. En caso de resultados positivos, solicitar un urocultivo para iniciar tratamiento antibacteriano.

- Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir la transmisión de sífilis congénita: toda mujer que resulte positiva para sífilis debe ser referida inmediatamente al segundo nivel de atención o a establecimientos médicos especializados.
 - Detección de VIH y sífilis. Toda mujer que resulte positiva para VIH o sífilis debe ser referida inmediatamente al segundo nivel de atención o a establecimientos médicos especializados.
 - Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo con la valoración clínica y la evolución del embarazo, se podrá solicitar un estudio ultrasonográfico.
15. Promover que la embarazada de bajo riesgo asista a un mínimo de cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o tras una prueba positiva de embarazo, atendiendo al siguiente calendario:
- Primera consulta: entre las 6 y 8 semanas;
 - Segunda consulta: entre las 10 y 13.6 semanas;
 - Tercera consulta: entre las 16 y 18 semanas;
 - Cuarta consulta: a las 22 semanas;
 - Quinta consulta: a las 28 semanas;
 - Sexta consulta: a las 32 semanas;
 - Séptima consulta: a las 36 semanas; y
 - Octava consulta: entre las 38 y 41 semanas.

La atención prenatal, mediante intervenciones integrales y preventivas, permite detectar riesgos fetales y maternos, facilitando la aplicación del tamizaje prenatal oportuno entre las 11 y 13.6 semanas, y en el segundo trimestre entre las 16 y 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

16. Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo, realizado por personal capacitado, para determinar intencionalmente el bienestar materno y fetal. El primero debe realizarse entre las semanas 11 y 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, la edad gestacional y el 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.

17. Por el alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más debe ser trasladada al segundo nivel de atención para su valoración y atención.
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 la salud durante el embarazo, con el fin de que conozca los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la beneficien, lactancia materna exclusiva y planificación familiar, resaltando la importancia de estar atenta ante posibles complicaciones que puedan poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida. Además, debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que atraviesan su primer embarazo. Durante todo el embarazo, se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, como diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia, además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, y quede debidamente registrado en el expediente clínico.

Consultas subsecuentes

1. Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:
 - Brindar a la embarazada la oportunidad de exponer sus dudas y síntomas. Resolver sus dudas utilizando un lenguaje claro y accesible, y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.
 - Realizar un interrogatorio dirigido buscando datos de alarma durante el embarazo.
 - Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez marcada, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.
 - Realizar la medición, registro e interpretación del peso, la talla, la pre-

sión arterial, la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el crecimiento del fondo uterino, los movimientos del feto y la frecuencia cardíaca fetal, así como la realización de ultrasonidos.

- Interpretar y valorar los resultados de los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y, en su caso, trasladarla al servicio de atención obstétrica de urgencia.
- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para diabetes gestacional (DG) entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.
- Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de segundo o tercer nivel, 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 prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) con el fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus, así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija o hijo.
- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.
- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos médicamente justificados, como el de madre VIH positiva, en los cuales se recomendarán sucedáneos de la leche materna o fórmulas infantiles.
- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de estos, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana . Además, establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico (como el post-parto o post-aborto), de preferencia antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

- Administrar las vacunas correspondientes a la embarazada según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana .
- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares sobre los signos y síntomas de alarma que ameriten atención inmediata en el establecimiento para la atención médica. Elaborar 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.
- Proporcionar a la gestante un carnet perinatal, cartilla o guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecoobstétricos, factores de riesgo obstétrico, evolución del embarazo en cada consulta (incluyendo fecha, edad gestacional, peso, presión arterial, fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, resultados de exámenes de laboratorio, observaciones y resultado de la atención obstétrica), así como factores de riesgo asociados a embarazos futuros.
- Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, la planificación familiar y los signos de alarma durante el embarazo.
- 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. Debe estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico, como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico-vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino, y la detección y control de otras patologías preexistentes o intercurrentes con el embarazo, aplicando las medidas de atención oportuna.
- En cada consulta subsecuente, realizar la búsqueda intencionada de factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

Prevención del peso bajo al nacimiento

1. El personal de salud encargado de la atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección temprana de factores de riesgo y manejo adecuado en caso de amenaza de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacimiento.
2. La detección temprana debe realizarse tres meses antes del embarazo y a lo largo de la gestación.
3. Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer sobre su autocuidado, la identificación de signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.
4. Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, la altura del fondo uterino y el estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en las primeras etapas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificarlo, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.
5. En todos los establecimientos de atención médica que atienden partos pretérminos, se debe implementar preferentemente la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con su madre. Además, se debe propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, mediante una valoración clínica realizada por el médico.

A pesar de los avances logrados en la aplicación de esta norma, persisten desafíos para la plena implementación de la *NOM-007* en todo el sistema de salud, particularmente en zonas rurales y marginadas. Por lo que es fundamental sensibilizar a la población gestante o en edad fértil sobre la importancia de acudir a control prenatal en su unidad médica y adoptar medidas de autocuidado. Sin embargo, esta norma se ha convertido en un instrumento clave para mejorar la calidad y estandarización de la atención materna en México.

Métodos y técnicas de investigación

El diseño de la investigación se centró en una metodología documental que buscó recopilar y analizar información existente sobre la NOM-007-SSA2-2016 y su aplicación en la consulta médica para el control del embarazo. Esta elección fue fundamental para comprender el contexto y las implicaciones de la norma en la práctica clínica. Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de fuentes documentales, que incluyeron:

- *Normas oficiales:* En cuanto a las normas oficiales, se revisaron documentos emitidos por la Secretaría de Salud que describen la *NOM-007-SSA2-2016*, así como otros lineamientos relacionados con la atención médica en el embarazo.
- *Literatura académica:* Se exploraron artículos, tesis y estudios previos que analizaran la implementación de la norma y sus efectos en la atención obstétrica.
- *Informes de instituciones de salud:* Se obtuvieron reportes de organismos y hospitales que implementan la norma, lo que permitió evaluar su efectividad y los desafíos enfrentados.

Una vez recopilada la información, se realizó un análisis detallado, que consistió en la descripción de características: se identificaron y describieron las características, propiedades y rasgos del fenómeno estudiado. Esto incluyó aspectos como los objetivos de la norma, los procedimientos recomendados y los indicadores de calidad en la atención prenatal.

Técnicas de análisis: Se empleó un enfoque cualitativo para analizar y sintetizar la información, identificando temas recurrentes y patrones significativos que emergieron de la documentación revisada.

La investigación también incluyó técnicas cuantitativas: se recolectaron datos estadísticos de fuentes confiables, como el Sistema Nacional de Salud, que proporcionaron información sobre tasas de mortalidad materna, complicaciones en el embarazo y cumplimiento de la norma en diferentes regiones. Los resultados se presentaron de manera clara, estructurada y narrativa, en la cual se integraron los hallazgos cualitativos y cuantitativos, ofreciendo una visión holística sobre la aplicación de la norma y su impacto en la atención durante el embarazo.

Resultados y discusión

La *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016* para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio constituye un hito importante para la salud materna en México. Desde su implementación, ha permitido estandarizar la calidad y seguridad en la atención en todas las instituciones públicas y privadas del sector salud. Establece criterios claros sobre periodicidad, alcance y contenidos que deben cumplirse en el control prenatal, la vigilancia de la evolución del embarazo, la referencia oportuna a especialistas, la suplementación, la detección de riesgos, así como la atención del parto y el puerperio.

La implementación de la *NOM-007* ha incrementado la garantía de que toda mujer embarazada tendrá acceso a estudios médicos integrales, pruebas diagnósticas de laboratorio, ultrasonidos obstétricos, medicamentos indispensables y atención oportuna ante cualquier complicación, con base en protocolos institucionales.

A ocho años de su implementación, los indicadores de salud materna, como la mortalidad materna, las muertes por preeclampsia/eclampsia, la anemia y las hemorragias, han mostrado una tendencia a la baja. Sin embargo, aún persisten brechas de calidad entre regiones urbanas y rurales, así como en la población indígena. Por lo que es necesario reforzar políticas interculturales en salud reproductiva y ampliar la cobertura en poblaciones marginadas. La *NOM-007* debe actualizarse constantemente de acuerdo con el contexto y las necesidades emergentes, para proteger, cada vez más, el derecho a la maternidad segura de las mexicanas.

Conclusiones

La aplicación de la *NOM-007-SSA2-2016* en la atención de la mujer embarazada es de suma importancia, ya que uniformiza los criterios y procedimientos que debe cumplir la atención médica en el control prenatal, parto y puerperio en todos los establecimientos de salud del sector público y privado. Asimismo, garantiza que toda institución cumpla con un estándar mínimo de calidad y seguridad para proteger la salud de la madre y el bebé durante el proceso reproductivo, asegurando que se realicen exámenes

médicos integrales periódicos, pruebas de laboratorio y los tratamientos adecuados de acuerdo con protocolos establecidos. Se realiza la vigilancia de que la madre reciba los suplementos indispensables en esta etapa, como ácido fólico, hierro, calcio y vitaminas prenatales, y se promueve la detección temprana y tratamiento oportuno de posibles complicaciones, lo que permite prevenir daños mayores en la salud materna y perinatal. Un aspecto esencial es que garantiza una atención digna, respetuosa y basada en los derechos humanos, con información suficiente, trato equitativo, atención culturalmente pertinente y elección libre e informada en los procesos reproductivos

Sugerencias

1. Capacitación Continua del Personal de Salud

Implementar programas de formación continua para médicos y enfermeras sobre la norma y las mejores prácticas en el control del embarazo. Esto garantizaría que el personal esté actualizado con las últimas recomendaciones y protocolos.

2. Mejora en la Disponibilidad de Recursos

Es necesario asegurar que las clínicas y hospitales dispongan de los insumos y equipos necesarios para realizar pruebas y procedimientos recomendados por la norma. Esto incluye ultrasonidos, pruebas de laboratorio y otros recursos diagnósticos.

3. Sensibilización y Educación a la Población Gestante

Promover campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la atención prenatal y los derechos que tienen en el acceso a servicios de salud.

4. Evaluación de Resultados

Implementar mecanismos para la evaluación periódica de la efectividad de la aplicación de la norma. Lo cual puede incluir encuestas de satisfacción de pacientes, análisis de resultados de salud materna y neonatal, así como auditorías de calidad.

5. Incorporación de Tecnología

Implementar plataformas digitales para facilitar el acceso a información y consultas médicas. Las aplicaciones móviles pueden funcionar como recordatorios de citas y proporcionar información educativa sobre el embarazo y el control prenatal.

6. Investigación y Actualización de la Norma

Promover la investigación continua sobre la efectividad de la norma y su aplicación en la práctica. La actualización periódica de la NOM-007 , basada en nuevos hallazgos y experiencias, asegurará su relevancia y eficacia.

Agradecimientos

A mis padres:

Todo libro tiene su origen mucho antes de que se escriba la primera palabra. Este proyecto nació de los valores y enseñanzas que ustedes, papá y mamá, plantaron en mí desde pequeño. Gracias por regalarme una infancia llena de amor, por fomentar mi curiosidad intelectual y por todos los sacrificios que hicieron para que pudiera crecer y hoy alcanzar mis sueños.

A mis hijos:

Ver sus caritas cada día me recuerda la verdadera razón de todo, la fuente que impulsa mi deseo de superación con el objetivo de brindarles siempre lo mejor. Gracias por llenar mis días de alegría, abrazos y una creatividad inagotable. Espero que crezcan con la convicción de que todo es posible con esfuerzo y determinación.

Este trabajo es, en gran medida, fruto de lo que ustedes me motivan a ser. Son mi mayor inspiración, y este logro también les pertenece. ¡Los amo!

A todos aquellos a quienes amo, dedico este libro. La vida recompensa el trabajo constante y las buenas intenciones. Sigamos adelante, y llegarán nuevos frutos.

Referencias

- CENETEC. (2022). *Guia de practica clinica*. Atención y cuidados multidisciplinares en el embarazo: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/ER.pdf
- DOF. (07 de Abril de 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Guia de practica clinica*. Control prenatal con atención centrada en la paciente: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf
- Organizacion de las Naciones Unidas. (2023). *World health statistics*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367912/9789240074323-eng.pdf?sequence=1>
- Secretaría de Salud. (2023). *Secretaria de Salud*. Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf

Anexos

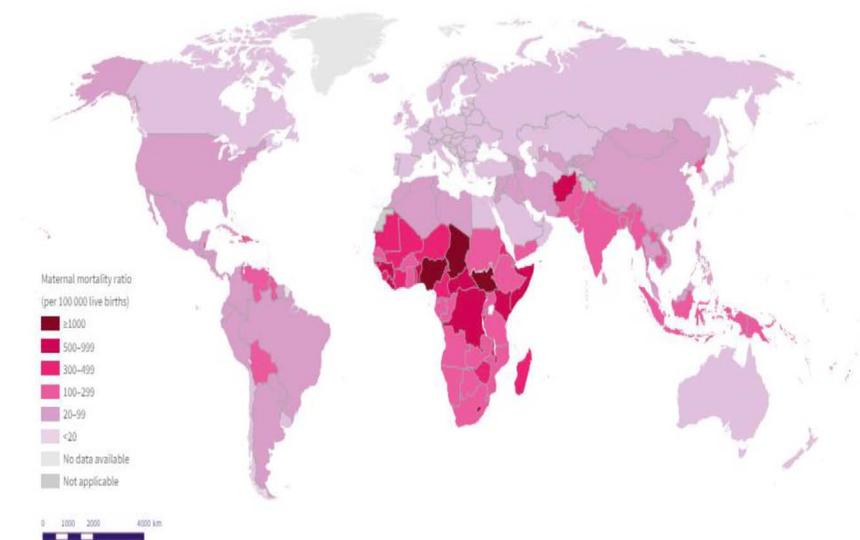


Figura 1: Tasa de mortalidad materna por país, 2020.

Nota: Organización de las Naciones Unidas, 2023.

Cuadro 1.

Medición de altura de fondo uterino

Semanas de gestación	Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno	FU (cm)
9	A nivel de la sínfisis del pubis	
12	El útero se palpa en el abdomen	
16	Se encuentra a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo	16
22	Se palpa a nivel del ombligo	20
28	Se palpa a tres dedos de la cicatriz umbilical	24
32	Aumenta tres veces de dedo	28
36	Alcanza el borde costal y detiene su crecimiento.	32
40	El crecimiento es muy lento y ya no perceptible. En primigestas tiene a disminuir por crecimiento del feto.	30-32

Nota: Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.