



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**"CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL
POR EL MÉDICO FAMILIAR EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION"**

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EMILIO FRANCISCO VÁSQUEZ LÓPEZ



MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

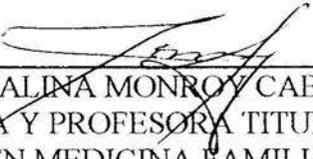
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR EL MÉDICO FAMILIAR EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES





DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
JEFA DE ENSEÑANZA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, DE LA CLÍNICA
DR. “IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE



BERTHA BOSCHETTI FENTANES
PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. “IGNACIO CHÁVEZ”
ASESORA DE TESIS



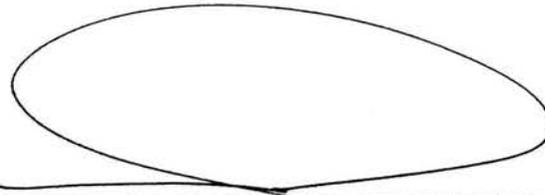
DR. E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR “A” TC OD
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
ASESOR DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

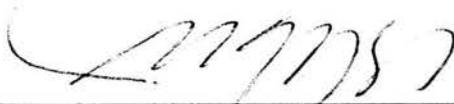
**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR EL MÉDICO FAMILIAR EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



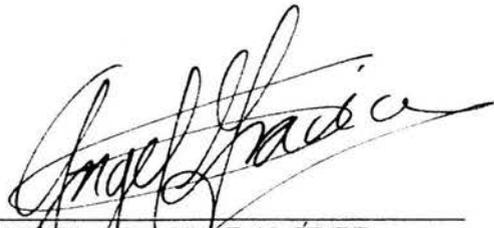
DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



SUBSISTEMA DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Agradecimientos.

Agradezco primeramente a Dios, por la posibilidad que me brinda de realizar uno de tantas metas que me he trazado.

A Arsiris por el apoyo tan grande que me ofreció durante todo el postgrado y hasta la fecha. “notarás que el esfuerzo valió la pena”.

A mis hijos: Daniel y Samara por el sacrificio de tiempo tan valioso para nosotros. “Son ustedes toda mi vida”.

A mis padres por darme la oportunidad de iniciar este sueño tan grande, del cual forman parte esencial. “Qué Dios los bendiga”.

A las familias Vásquez y Guzmán por formar parte de nuestra gran familia.

A la Sra. Natalia por todo su apoyo, “siempre se lo voy a agradecer”.

A la Dra. Catalina Monroy y al Dr. Eduardo De la Cruz, por su tiempo tan valioso, su experiencia transmitida, su apoyo, su enseñanza y su comprensión. “muchas gracias”.

A todos mis profesores de la UNAM y de la Clínica de Medicina Familiar por todas sus enseñanzas compartidas.

Al Dr. Ponce Rosas, por su participación en la guía y construcción de este trabajo.

Y muy especialmente a la Dra. Bertha Boschetti, por todo el tiempo, apoyo y constante enseñanza que me dedicó. “no tengo palabras para agradecersele”.

A la Doctora Landgrave por la aportación de excelente material de referencia.

A mis compañeros de postgrado por todos los momentos compartidos.

A todo el personal de vigencia de derechos y archivo clínico, por su valiosa colaboración.

Y en especial a todos mis pacientes sanos y enfermos, a los cuales les debo todo y cuanto soy. “Muchas gracias”.

INDICE	páginas
Introducción.....	01
1 Marco teórico.....	03
1.1 Atención prenatal.....	03
1.1.1 Historia.....	03
1.1.2 Definición.....	05
1.1.3 Historia clínica.....	06
1.1.4 Exploración física.....	08
1.1.5 Bienestar fetal.....	13
1.1.6 Paraclínicos.....	15
1.1.7 Signos y síntomas de alarma.....	16
1.1.8 Medicamentos y vitaminas.....	17
1.1.9 Vacunación.....	20
1.1.10 Medidas de autocuidado.....	22
1.1.11 Consulta familiar.....	25
1.1.12 Orientación nutricional.....	26
1.1.13 Promoción de la lactancia materna.....	28
1.1.14 Promoción de planificación familiar.....	28
1.1.15 Valoración del riesgo obstétrico.....	29
1.1.16 Diagnóstico integral.....	31
1.1.17 Carnet perinatal.....	32
1.1.18 Consulta subsecuente.....	32
1.1.19 Preparación al parto.....	35
1.1.20 Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993.....	36
1.1.21 Calidad de la atención en salud.....	39
1.1.22 Definición.....	40
1.1.23 Expectativas de calidad de la atención en unidades médicas.....	41
1.1.23.1 Expectativas de la institución.....	41
1.1.23.2 Expectativas del trabajador.....	41
1.1.23.3 Expectativas del paciente.....	42
1.1.24 Evaluación de la calidad.....	42
1.1.25 Mejoría de la calidad de los servicios médicos.....	43
1.1.26 Garantía de la calidad.....	44
1.1.27 Relación entre calidad, productividad y costos.....	45
1.1.28 La medicina familiar.....	45
1.1.29 El médico familiar.....	46
1.1.30 Líneas guías de estudio.....	46
1.1.31 Intervención del médico familiar.....	47
1.1.32 Dificultades en la atención del médico familiar.....	49
1.2 Planteamiento del problema.....	50
1.3 Justificación.....	52
1.4 Objetivos.....	53
2 Material y métodos.....	54
2.1 Tipo de estudio.....	54
2.2 Diseño de investigación del estudio.....	54
2.3 Grupo de estudio.....	55
2.4 Muestra.....	55
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	56
2.6 Variables.....	56
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.....	58
2.8 Diseño estadístico.....	58
2.9 Instrumento de recolección de datos.....	59
2.10 Método de recolección de datos.....	59
2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	60

2.12	Prueba piloto.....	60
2.13	Procedimientos estadísticos.....	61
2.14	Cronograma.....	63
2.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	64
2.16	Consideraciones éticas.....	64
3	Resultados	66
4	Discusión	86
5	Conclusiones	92
6	Referencias	95
7	Anexos	99
	1. Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo”...	99
	2. Instrumento de evaluación.....	123

Introducción

El control de embarazo normal es una de las actividades que tiene lugar en el seno de la atención primaria, la importancia de un adecuado control es un tema que surge desde que el hombre es consciente de su relevancia para tener éxito en el binomio madre-hijo.

Actualmente forma parte de uno de los programas prioritarios en la atención primaria del sector salud.

En el VI informe del Comité de expertos de la OMS, sobre la salud de la madre y el niño, se señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita se realiza precozmente, si los controles son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

Los factores previos a la concepción y las afecciones sufridas durante la vida fetal y la primera infancia influyen profundamente en el desarrollo físico y psicosocial del niño, y en última instancia sobre la salud del adulto.

La existencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido", surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, así como de mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, tomando en cuenta que 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.

Es necesario hacer conciencia de la importancia del conocimiento adecuado, para atender a las embarazadas, tanto por el personal médico, enfermería, trabajo social, dental, etc, que están en un contacto frecuente con las pacientes. Las acciones deberán realizarse en conjunto por el equipo de salud, la embarazada y su familia, para llevar a un feliz término el embarazo, para el bienestar de la madre, del nuevo ser y como consecuencia de la familia.

Los médicos familiares tienen la responsabilidad de prevenir, detectar y tratar enfermedades, así como de darles una continuidad y seguimiento a las pacientes embarazadas, además de estudiar el entorno familiar en que se desarrollará el embarazo. Tomando en cuenta la repercusión a nivel del núcleo familiar, que puede aparecer posterior a un embarazo mal planeado, no deseado o conducido a un mal término, es necesario que el médico se adelante a los hechos, con una adecuada orientación y educación de todos los participantes del embarazo.

Se debería educar a todas las pacientes desde el momento mismo en que se inicia la edad reproductiva o que se tenga la sospecha de un embarazo, momento ideal para iniciar el control prenatal, es decir lo más temprano posible.

Estudios recientes indican que los embarazos son diagnosticados tardíamente y por consecuencia se lleva un control prenatal tardío, retrasando las medidas iniciales del primer trimestre, lo cual conlleva a un estado deficiente de salud materno-infantil.

Hay que tomar en cuenta que la causa de una atención prenatal tardía, puede ser debido a factores culturales, religiosos, sociales, ambientales, educativos y familiares, incluso por la costumbre de acudir al médico solo para solicitar el pase a un 2º nivel o la licencia médica prenatal de incapacidad al final del embarazo.

La idea de esta investigación surge a partir de la experiencia obtenida durante la rotación de urgencias maternidad, donde se ven embarazadas que acuden por complicaciones del embarazo y que nunca habían recibido atención prenatal de ningún tipo, otras que acudían por presentar inicio del trabajo de parto y era la primera ocasión que acudían al médico. En estos casos se perdía toda posibilidad de prevención y aumentaba en un gran porcentaje la posibilidad de múltiples complicaciones, así como la morbi-mortalidad perinatal.

En el presente estudio se trata de identificar y describir la calidad de la atención prenatal, que reciben las pacientes atendidas en una clínica de medicina familiar.

1. Marco teórico

1.1 Atención prenatal

1.1.1 Historia

La atención prenatal es el gran avance en la atención materno infantil y de todas las acciones conocidas la única realmente eficaz para anticiparse con cierta seguridad a sucesos imprevistos, así como para diagnosticar la existencia de gestación; es igualmente importante conocer el terreno en donde se desarrollará el producto; los antecedentes personales; el estado actual de salud y la evolución del embarazo; la situación psicosocial y otros datos más, que unidos a los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, permiten establecer con bastante seguridad la identificación clínica de normalidad o desviación y por lo tanto establecer un pronóstico y tratamiento adecuados.

La atención médica prenatal, es un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete, una estrategia necesaria para lograr todo lo anteriormente señalado, además existe un método basado en el estudio integral de la paciente y que desde hace años se conoce con el nombre de clínica propedéutica obstétrica, realizada con las aportaciones de los numerosos obstetras que fundaron la Escuela Obstétrica Mexicana.

Espinosa de los Reyes¹ al hablar sobre la historia y desarrollo de la atención prenatal menciona que en México el Dr. Juan Duque de Estrada en 1915 y más tarde el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fueron los pioneros de este enfoque y a quienes se debe la integración final del método.

Sin embargo, estos maestros no publicaron sus valiosas enseñanzas sobre el tema y no fue sino hasta 1961 que el libro titulado clínica propedéutica obstétrica, basada en sus enseñanzas empezó a utilizarse como libro de consulta en la cátedra de clínica obstétrica.

A través del tiempo numerosos profesionales empezaron a detectar la necesidad de tener más conocimientos sobre el desarrollo del embarazo y así Mercuris Scipio en 1601, propuso la exploración externa de las mujeres que en aquellos tiempos se veía como una actividad difícil de realizar debido a múltiples prejuicios religiosos y culturales.¹

Más tarde Roeder en 1752, llamó a la palpación externa “tocamiento” y consideró su método como una estrategia eficaz para diagnosticar el embarazo. De igual forma, Joerg en 1814 y Wigand en 1821, así como los médicos mexicanos antes mencionados, demostraron la importancia de fijar ciertas reglas de atención tanto para la embarazada como para el producto.¹

Poco a poco nuevos conocimientos se fueron agregando a los ya existentes y el tacto abdominovaginal ya recomendado por los parteros del siglo XVIII, empezó a ser practicado con mayor frecuencia.¹

La auscultación obstétrica fue descubierta antes que la auscultación médica por Laenec en 1819, y los latidos del corazón fetal fueron escuchados por primera vez por Mayor en 1818. Depaul estudió la auscultación como medio diagnóstico en la presentación y posición fetal.¹

Con el correr de los años y los avances de la tecnología, el médico va disponiendo de mejores recursos, algunos sorprendentes como el ultrasonido Doppler que ayudan al estudio clínico de estas pacientes.¹

Más recientemente Batalla Martínez³⁸, en Atención Primaria, refiere que en el seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico, la atención preconcepcional, la educación maternal y la visita puerperal son parte de las actividades que conforman el Programa de la Mujer. Los contenidos de estas actividades son básicamente intervenciones de promoción y prevención, competencia de los equipos de Atención Primaria en la mayoría de países desarrollados de nuestro entorno.

Los principales objetivos son la captación precoz e informar a la gestante acerca del proceso de atención, el riesgo de exposición a teratógenos, atender sus dudas y temores, detectar factores de riesgo o patologías que interfieran en la obtención de buenos resultados obstétricos, abordar adecuadamente en caso de complicaciones, promover hábitos saludables y fomentar la lactancia materna. Además de ofertar a la gestante las actividades de educación maternal y la visita puerperal domiciliaria.

El Médico de Familia es el que confirma la gestación e inicia el seguimiento del embarazo, que debe realizar de forma coordinada con el servicio de ginecología de referencia.

Las actividades de prevención en la atención maternoinfantil que se desarrollan en la atención primaria presentan una rentabilidad costo-beneficio incuestionable. La adecuada atención de la embarazada permitirá mejorar la salud de la madre y de su hijo.

1.1.2 Definición

La atención prenatal, consiste en la asistencia durante el embarazo, y tiene numerosas finalidades:²

- Garantizar en todo lo posible el embarazo no complicado y el parto de un lactante sano vivo.
- Identificar e instituir cuidados para cualquier estado de riesgo.
- Individualizar el nivel de asistencia necesario.
- Asistir a la mujer grávida en su preparación para trabajo de parto, parto y crianza de su hijo.
- Investigar las enfermedades frecuentes que pueden afectar la vida o la salud de la mujer grávida o de su hijo.
- Reforzar los hábitos de buena salud de la mujer grávida y de sus familiares.²

Kochenour³ define a los cuidados prenatales como la evaluación de riesgos, atención médica, servicios sociales, orientación nutricional y general de la paciente, así como apoyo psicológico; para muchas mujeres, todo ello comienza antes de la concepción.

Los objetivos principales de los cuidados prenatales son los siguientes:

- Definir el estado general de la madre y el feto.
- Determinar la edad gestacional del feto y vigilar su desarrollo.
- Identificar a las pacientes en riesgo de complicaciones y disminuirlo al mínimo cuando sea posible.
- Prever y prevenir los problemas antes de que surjan.
- Orientar a la paciente.

McFee⁴ refiere que el cuidado prenatal es preventivo y también benéfico y efectivo para el costo, como ya se ha demostrado. Como grupo, las mujeres que no reciben cuidado prenatal o éste es inadecuado tienen más complicaciones y peores resultados obstétricos. Los costos que implica atender a pacientes que no recibieron cuidados también son sustancialmente más altos, con índices mayores de preeclampsia; niños con bajo peso al nacer, prematuros, retraso del crecimiento y mortalidad perinatal.

Goberna⁵ refiere que el control del embarazo normal es una de las actividades que tienen lugar en el seno de la atención primaria, no hace falta insistir en la importancia que tiene un buen nivel de calidad en dicha actividad, ya que una adecuada atención a la embarazada permite mejorar el nivel de salud maternoinfantil.

Díaz²⁰ define el control prenatal como “un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal”.

1.1.3 Historia clínica

El interrogatorio cumple un papel fundamental para la detección de patologías y para reconocer los embarazos de riesgo. Por lo general, éste es un instrumento poco utilizado y valorado por el médico. La anamnesis debe recoger: grado de aceptación, molestias, ingestión previa de fármacos, antecedentes patológicos familiares y personales de interés.³⁸

Una vez confirmado el embarazo, se procede a la elaboración de una historia clínica prenatal³. Esta se realiza en la primera visita, que puede ser la entrevista más larga y la más importante. El dato más relevante es la fecha de última menstruación (FUM) y el nivel de certeza de ésta (el 80% de los casos se puede recabar un día preciso), con este dato, es posible calcular la fecha probable de parto con el 85% de posibilidades de que el parto se produzca ese día.

La fecha probable de parto se calcula sumándole 10 días (regla de Pinard)⁶ o 7 días (regla de Nâgele)⁹ a la fecha del primer día de la última menstruación y restándole 3 meses. También se puede calcular con los calendarios obstétricos manuales.

Antecedentes heredo familiares patológicos y no patológicos

Interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios, como son la diabetes, hipertensión, errores congénitos del metabolismo, etc., o bien, infecto-contagioso como la tuberculosis, etc.^{7, 9} Es muy útil la genealogía breve de tres generaciones.⁹

Los antecedentes personales no patológicos

Es importante evaluar el estado socioeconómico y cultural, los hábitos higiénicos dietéticos, tóxicos y la actividad laboral en el caso de la madre trabajadora, además de conocer el grupo sanguíneo y factor Rh de la mujer y su pareja.⁷

Es conveniente conocer además la escolaridad, el estado civil, la religión, zoonosis, hacinamiento y si cuenta con casa propia y servicios intradomiciliarios.

Los antecedentes personales patológicos

Será completamente enfocado por el médico hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También son importantes marcar algunos padecimientos que por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, por ejemplo, rubéola.

Los padecimientos de gran importancia, por la desventaja que imponen al embarazo: diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, nefropatías, colagenopatías, etc.

Los padecimientos maternos que obliguen a dar tratamiento con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto como en casos de neoplasias malignas, epilepsia, etc., tienen importancia por la posible agresión farmacológica al producto,

Es conveniente también conocer antecedentes de alergias, traumatismos, transfusiones, cirugías y hospitalizaciones previas.

Antecedentes ginecoobstétricos

Se debe interrogar acerca de la menarca, características del ciclo menstrual, fecha de inicio de la actividad sexual, métodos anticonceptivos usados y su duración, número de embarazos, partos, puerperios, cesáreas y sus causas, y los tipos de servicio en que se realizaron, fecha de su último papanicolaou, detección oportuna de cáncer de mama y resultados, el peso y características de los productos al nacimiento, tiempo de lactancia, y la fecha de la última menstruación.

Los datos patológicos presentados por la paciente en embarazos anteriores suelen ser elementos vitales para determinar conductas médicas.

Estado actual

Tratándose de un embarazo, se debe tomar nuevamente la fecha de última menstruación como dato cardinal, para realizar el cálculo del tiempo de evolución del embarazo. El interrogatorio deberá investigar intencionalmente los síntomas normales o esperados que se presentan en las diferentes etapas evolutivas del embarazo y generan preocupación en la paciente. Además se debe investigar intencionalmente los datos patológicos que sean voz de alarma inicial de complicaciones importantes del embarazo.⁷

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Como en toda historia clínica, se debe realizar el interrogatorio dirigido correspondiente a los diversos aparatos y sistemas con el fin de determinar si existen alteraciones que la paciente no haya referido por descuido o por ignorar su existencia.

1.1.4 Exploración física

La exploración física debe incluir el peso y la talla; que interesan sobre todo al inicio del embarazo, ya que la desnutrición extrema así como la obesidad puede influir negativamente en los resultados obstétricos. La presión arterial en la gestante se debe tomar siempre en sedestación. Además se deben referir los signos vitales, presión arterial y peso en todas y cada una de las revisiones que se realicen.³⁸

La exploración física¹ inicia al igual que todas, con la inspección que debe realizarse con luz suficiente y solicitando a la paciente que ella misma se descubra la región que se trata de observar. Se hace del modo más discreto para captar la confianza de la mujer.

La **inspección** se divide en: general, regional y dinámica.

La inspección general, muestra datos que se recogen de una mirada y sin detallar regiones, proporciona al estudio obstétrico pormenores valiosos como: actitud, estatura, proporción de tronco y miembros, edad aparente, integridad física, movimientos voluntarios e involuntarios, facies, obesidad, delgadez, grado de acentuación de la columna lumbar y prominencia abdominal.

La inspección regional, se encarga de ver por regiones: cabeza y cara, cuello, mamas, tórax, abdomen, aparato genital, ano y extremidades.^{1,2}

La inspección dinámica, puede descubrir alguna claudicación, que tenga repercusión sobre simetría pélvica y que sin caminar es posible que pase desapercibida.

La **palpación**, este procedimiento se efectúa con todo orden. Se comienza por la cabeza y se termina con los miembros inferiores. La palpación abdominal se realiza colocando a la embarazada en decúbito dorsal, sin almohada, con los miembros inferiores en semiflexión y abducción y brazos extendidos a lo largo del cuerpo. El abdomen descubierto del pubis al epigastrio, con la vejiga vacía, porque si está llena el útero se eleva de 2 a 3 cm. Las manos del explorador deben estar tibias y utilizando toda la superficie palmar de los dedos y no sólo las puntas. Debido a que en el abdomen hay regiones simétricas, la palpación en obstetricia debe ser: bimanual, alternativa, comparativa y simétrica.

El método de estudio se divide en palpación superficial y profunda.

En la superficial se palpa la temperatura de la piel, hiperestesia, reflejos, dolor, tensión, edema, grosor de panículo, diastasis de rectos, hernia umbilical o de pared.

La palpación profunda se divide en palpación del continente y palpación del contenido.

La palpación del continente palpa la altura del útero, con el objetivo de: a) correlacionar su tamaño con la fecha de última regla normal e ilustrar sobre la edad de embarazo. b) conocer la dimensión y peso probable del producto, así como embarazos múltiples. c) detectar una probable patología, como mola e hidramnios.

En general el fondo uterino a los 4.5 meses (20-21 semanas) se encuentra a nivel del ombligo y si se mide con los dedos, a partir de la cicatriz umbilical, cada dos dedos corresponden a un mes. Si se hace con una cinta métrica del quinto mes en adelante se multiplica por 4; por ejemplo al 5º mes, es decir, 20 semanas deberá medir 20 cm.

Otro aspecto a estudiar es la forma del útero, orientación, volumen, consistencia, sensibilidad, salientes normales, anormales, movimientos fetales y facilidad para despertar contracciones de Braxton Hicks.

La palpación profunda del contenido, se divide a su vez en palpación del polo inferior, polo superior y porciones anterolaterales. Clásicamente el abdomen de la mujer grávida, se fracciona en cuatro cuadrantes, de gran utilidad para situar los polos fetales, dorso, miembros y foco de auscultación. Es importante antes de proceder a la identificación de las diferentes porciones del feto, recordar las definiciones de: situación, posición, presentación y variedad de posición. Se inicia la palpación, mirando el médico hacia los pies de la mujer y colocando sus manos sobre el hipogastrio, las separa de la línea media unos centímetros y lleva las puntas de los dedos a tocar el pubis. Hundiendo los dedos por detrás del pubis, si lo que se presenta lo permite, indicará que está libre o bien al no lograrlo que está encajada. Sin perder contacto se procede a identificar el polo fetal. Si la superficie que se presenta es redonda, regular y resistente, es decir tiene las tres R, corresponde a la cabeza y por lo tanto la presentación es cefálica. Se continúa separando las manos hasta que se pierde contacto con la región. Regresando por el mismo camino, los dedos de una mano tropiezan con una saliente, que corresponde a la frente y los de la otra pueden bajar más ya que tocan el occipucio; así queda identificado el polo inferior.

Para la palpación del polo superior, el explorador cambia de posición y mira hacia la cara de la paciente; coloca sus manos en parte del epigastrio e hipocondrio derecho y procede en igual forma como para el polo inferior. Si toca una masa irregular, blanda y más voluminosa que la cabeza, corresponde a la pelvis fetal.

Cuando queda duda para identificar el polo fetal inferior y el superior, se realiza la palpación comparativa. El médico se coloca mirando hacia el frente y toma con una mano el polo inferior y con la otra el polo superior, enseguida cambia las manos; la izquierda al polo que tenía la derecha y viceversa, con objeto de que la misma mano perciba dos sensaciones distintas.

Estando en la misma posición, el explorador procede a palpar los flancos. Del lado que se tocó el occipucio, se localiza el dorso, cuyas características son de una superficie resistente, continua, lisa y ligeramente convexa; en el área contraria los dedos se hunden fácilmente y palpan los miembros o pequeñas partes.

Con lo realizado, se logra conocer la presentación, su altura, la situación, que puede ser longitudinal, oblicua o transversa. Finalmente la posición, según el dorso fetal esté a la derecha o a la izquierda.

Para terminar, se procede a localizar el hombro; para lo cual, se palpa nuevamente el occipucio y bajando la mano hacia el dorso se cae en el surco del cuello. Enseguida, antes de llegar dorso se aprecia la saliente del hombro, que se caracteriza por ser resistente, continua, lisa y algo convexa.

Percusión. Este método no tiene utilidad práctica en la propedéutica obstétrica.

Auscultación. Para realizar este valioso procedimiento, la paciente debe ser colocada en decúbito dorsal, abdomen descubierto, miembros inferiores extendidos y los superiores a lo largo del cuerpo. Si la auscultación se practica con el estetoscopio de Pinard o bien con el de Lee Hillis o el de Left, el médico se sitúa del lado en que se localizó el hombro fetal. Si usa un aparato basado en sistema Doppler (doptone) el lado en que se coloque es indiferente.

Es posible escuchar el corazón fetal, en el momento en que se ocluye el tubo cardiaco, lo que ocurre al principio de la tercera semana de gestación, con el estetoscopio de Pinard, es difícil escuchar los latidos antes de la 18 – 20 semana de embarazo, en cambio con un equipo Doppler portátil, sencillo, se perciben desde la 10 – 13 semanas. Este formidable

invento, es de gran valor diagnóstico-social, pues muy pronto informa de la vitalidad embrionaria, lo que da tranquilidad y alegría a los padres; y al clínico le permite fundar diagnósticos y establecer conductas que antes fueron de gran dificultad.

Los latidos cardiacos fetales son ruidos pares que tienen un primer tono ocasionado por la sistole ventricular, luego una pausa corta, un segundo tono generado por el chasquido del cierre de válvulas semilunares y un silencio más largo; tienen una frecuencia de 140 latidos por minutos y aunque pueden ser modificados transitoriamente (fiebre, contracciones uterinas, etc.) impresiona su regularidad. Se define como foco de auscultación el sitio en donde se perciben los latidos fetales en su máxima intensidad.

El foco fetal no sólo indica la vitalidad del producto; también es un elemento valioso, que corrobora o rectifica el diagnóstico obtenido de: presentación, situación, altura y descenso de la presentación y embarazo múltiple.

Exploración genital¹

Este procedimiento tiene especial importancia, por los importantes signos que se obtienen directamente y que manifiestan las modificaciones que el embarazo imprime, a las diferentes áreas del aparato genital. Debe practicarse, respetando en todo lo posible, el pudor de la mujer y siempre en presencia de una enfermera o de un familiar. La paciente en posición ginecológica, el médico inicia la exploración colocando en la mano elegida, un guante estéril y sobre los dedos índice y medio una cantidad adecuada de lubricante. Para no contaminar el guante al introducirlo, se entreabre con los dedos anular y pulgar los labios, lo que hace más aparente el vestíbulo vulvar y con gran suavidad se procede a introducir los dedos seleccionados.

Durante el embarazo, el tacto vaginal tiene indicación por los siguientes motivos.

- durante las primeras semanas, con fines diagnósticos.
- si hay patología durante las 20 semanas como sangrado y dolor.
- Para realizar pelvimetría interna a partir de las 38 semanas de gestación.
- A cualquier edad de embarazo, ante la presencia de actividad uterina regular.

Por medio del tacto se estudian las siguientes zonas: las glándulas de Bartolino en el introito; después la uretra, a las que se realiza opresión para ver si hay o no secreción. Se identifica la consistencia y elasticidad de la superficie vaginal; a los fondos de saco posterior y laterales, su estructura y se reconoce si existen latidos vasculares, como el pulso

de Ossiander, producido por hiperemia de la circulación pélvica y dato frecuente de embarazo. Se llevan los dedos nuevamente al fondo de saco posterior y se elevan hacia el pubis, encontrando en su camino al cérvix, al cual se le aprecian sus características mediante un movimiento lento de circunducción; dicha maniobra proporciona datos sobre su volumen, forma, consistencia, longitud, movilidad, sensibilidad y estado de la superficie. Es importante precisar el grado de permeabilidad así como la estructura del orificio externo. Identificando todo lo antes descrito, es el momento de conocer si existen modificaciones en el cuerpo uterino, para lo cual se emplea la otra mano, que se lleva a nivel del hipogastrio y así se realiza la palpación bimanual del útero, la cual permite conocer su volumen, forma, altura, consistencia, movilidad y situación. El tacto bimanual, si hay embarazo, encuentra al útero aumentado de volumen, con cambio en su forma, la que se torna de piriforme a esferoidal en los primeros meses y después se hace ovoide; aumentado en su altura, ya que de órgano pélvico se vuelve abdominal, rebasando el pubis hacia la décima semana; su consistencia, más blanda lo que traduce actividad del cuerpo, su movilidad más fácil y su situación generalmente en anteversión moderada. Hay signos clásicos detectados por tacto bimanual y que conducen a pensar en embarazo; el de Noble Budín, descrito por el cambio del útero de forma y aumento de volumen. El de Piscasek, no muy frecuente, ocasionado por el reblandecimiento y crecimiento del útero a expensas de un cuerno uterino, lo que determina un desarrollo asimétrico. El de Hegar especialmente valioso y producido por el reblandecimiento del istmo.

Pelvimetría

Cabe estudiar a la pelvis desde el punto de vista clínico y radiológico. El estudio clínico está indicado en todas las primigestas y en las multíparas que han manifestado problemas en partos anteriores o bien operación cesárea con diagnóstico de desproporción cefalopélvica, o no satisfactoriamente justificada la indicación.

La pelvimetría^{1, 7} se efectúa de la semana 38 en adelante y es un procedimiento que orienta lo suficiente para conocer la relación cefalopélvica y pelvicocefálica; por lo tanto coadyuva a establecer un pronóstico sobre la facilidad, dificultad o imposibilidad de atender el parto por vía vaginal; además indica con oportunidad la pelvicefalometría radiológica, que aunque es estática, confirma o pone en duda datos normales o anormales,

entre la relación de la presentación cefálica, con los diferentes diámetros útiles del estrecho superior, medio o inferior de la pelvis.

La valoración de la pelvis¹ se inicia tratando de alcanzar con los dedos el promontorio, lo cual es difícil si la pelvis es normal; al realizar esta maniobra se mide el diámetro promontosubpúbico o conjugado diagonal y para conocer la medida del promontoretropúbico o conjugado obstétrico, se restan a la dimensión obtenida 1.5 cm.

A continuación se llevan los dedos a recorrer la línea innominada del estrecho superior y entre más área se toque, más reducido será el estrecho y entre menos superficie se alcance será más amplio.

Los dedos se descienden para identificar las espinas ciáticas, a las cuales se les valora su tamaño y forma, normalmente son cortas y romas. La distancia entre ambas espinas da el diámetro biciático, que corresponde al estrecho medio.

Es importante la evaluación del sacro, normalmente cóncavo; si es plano convexo el descenso y rotación de la cabeza puede dificultarse. Se continúa apreciando las paredes de la pelvis, que no deben tender a la convergencia, ya que de no ser paralelas, originan una pelvis infundibuliforme. Otro punto es el ángulo subpúbico, que cuando está cerrado, a menos de 90°, el progreso de la presentación es difícil y ocasiona periodos expulsivos prolongados; al igual que cuando el bisquisiático, está reducido. Este diámetro corresponde al estrecho inferior y se mide con el puño de la mano, el cual si cabe entre los dos isquiones, es normal.

Cuando al término de una pelvimetría clínica se duda del tamaño y forma de la pelvis ósea y su relación con la dimensión de la cabeza fetal, o bien la presentación está libre, en una nulípara con más de 38 – 39 semanas, está justificada una pelvicefalometría radiológica, la cual es un auxiliarpreciado en pacientes sospechosas de tener una pelvis anormal.

1.1.5 Bienestar fetal

La disminución de la mortalidad materna en los últimos 20 años posibilitó una mayor dedicación al bienestar fetal. Las siguientes herramientas que se presentan a continuación son útiles para evaluar el crecimiento fetal.

Altura uterina: la medición de la altura uterina es una herramienta fundamental para observar el crecimiento fetal. Sólo se puede empezar a medir a partir del segundo trimestre ya que durante todo el primer trimestre el útero es intrapélvico. Es importante medir la

altura uterina en todas las visitas del control prenatal y en lo posible, por el mismo observador, ya que la variación entre cada uno de los que miden puede ser importante. Cuando se conoce con certeza la fecha de última menstruación, la medición permite detectar retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía fetal. La Norma Oficial Mexicana recomienda la medición de la altura del fondo uterino a partir de la 12ª semana de gestación.⁸

Movimientos fetales: la embarazada primípara detecta los movimientos fetales desde la semana 20, mientras que las multiparas logran detectarlos desde la semana 16. Son útiles para inferir bienestar fetal en el último trimestre del embarazo. El hecho de que la madre deje de sentir los movimientos fetales se considera como un signo de alarma indicativo de muerte o sufrimiento fetal.⁶

Auscultación: los latidos pueden auscultarse con el estetoscopio de Pinard desde la semana 20 o con un eco Doppler manual desde la semana 13, tornándose muy notorios a partir de la semana 24. La frecuencia cardíaca fetal normal oscila entre 120 a 160 por minuto.⁶ Es recomendable que a partir de las 18 semanas, registrar latidos cardíacos fetales por medio de estetoscopio obstétrico estándar.^{8,9}

Batalla Martínez³⁸ en Atención Primaria refiere que los latidos fetales se pueden detectar con Doppler a partir de la semana 10, pero es recomendable esperar a la semana 12, de esta manera se evitará generar ansiedad en la gestante, en el dado caso que no se detecten.

Ecografía obstétrica⁶ (ECO): es un método que permite ver las características morfológicas, de crecimiento y la ubicación fetal y de la placenta. Su principal utilidad es determinar la edad gestacional (en los casos que la FUM es incierta), evaluar el bienestar fetal y descartar embarazos múltiples, además es posible conocer el sexo del producto, la cantidad de líquido amniótico y la presencia de circular de cordón. El momento idóneo para realizarla es el segundo trimestre (16-18 semanas). Su utilidad para diagnosticar patologías es impresionante, ya que lo mismo se detecta RCIU, embarazo múltiple, malformaciones fetales (atresia esofágica, agenesia renal, malformaciones cardíacas, etc.)

El crecimiento fetal se evalúa mediante las siguientes mediciones: a) largo cefalocaudal, este es el que informa sobre la edad gestacional aproximada hasta la semana 12 aproximadamente, b) diámetro biparietal: que ayuda a conocer la edad gestacional de la semana 16 a la 28, c) circunferencia abdominal: informa el tamaño del hígado fetal (un

hígado fetal pequeño indica mala nutrición fetal), d) longitud femoral: evalúa el crecimiento fetal desde la semana 12 a la 40, e) circunferencia cefálica: evalúa el crecimiento fetal, f) volumen de líquido amniótico: evalúa el metabolismo fetal.

La ECO es inocua y brinda a la madre y al padre la posibilidad de “ver” a su futuro hijo, por lo que es difícil no solicitarla cuando la demanda aparece. Para indicar una ECO el médico debe tener en cuenta el contexto de la pareja que está atendiendo. Muchas veces, la ECO es una excelente herramienta para desmitificar miedos, incertidumbres o ansiedades de los padres.

Monitoreo fetal: el ritmo cardíaco fetal de base tiene variaciones consideradas normales que incluyen tanto aceleraciones o desaceleraciones basadas en la respuesta a la falta de oxígeno. Tanto la bradicardia como las desaceleraciones (DIPS) muestran falta de oxígeno que puede relacionarse con una contracción (DIPS tipo 1) o con sufrimiento fetal (DIPS tipo 2). De modo clásico, el monitoreo se realiza en algunas instituciones periparto o intraparto con el objetivo de asegurar el bienestar fetal. Algunos médicos la recomiendan a partir de la semana 38, pero su utilidad está muy cuestionada.^{6,10}

1.1.6 Paraclínicos

Existen estudios de laboratorio iniciales que se practican sistemáticamente durante la primera consulta, tal y como se establece en la Norma Oficial Mexicana⁸ NOM-007-SSA2-1993, en su apartado 5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, son la determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil Du); examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32, 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.

Kochenour³ recomienda efectuar además prueba serológica de anticuerpos antirubeola, y urocultivo cuantitativo, anticuerpos para Hepatitis B y ultrasonografía seriada.

Williams¹² recomienda la determinación de alfafetoproteína sérica materna a las 16-18 semanas para detectar defectos del cierre del tubo neural y algunas anomalías cromosómicas. Para las mujeres en situación de riesgo de diabetes gestacional el American College of Obstetricians and Gynecologists (1986) recomienda la prueba para detectar intolerancia a la glucosa a las 24-28 semanas.

Además de los mencionados existen otras pruebas complementarias que pueden estar indicadas, esto dependerá de los antecedentes propios de cada paciente o de sus factores de riesgo previamente interrogados.

Cifras de alfa-feto proteína en suero materno, curva de tolerancia a la glucosa, cultivo y exudado vaginal, papanicolaou, pruebas genéticas, cultivo para estreptococo del grupo B, coprocultivo, prueba cutánea de tuberculina.⁹

Ribas¹⁰ señala otros tipos de estudios que se pueden realizar, por ejemplo; la radiografía, aunque hoy en día prácticamente la única indicación es el estudio de la pelvis ósea; la amnioscopia cuya finalidad es la observación del líquido amniótico a través del canal cervical deduciendo el estado fetal según el color del líquido; amniocentesis que es la punción de la cavidad amniótica a través de la pared abdominal de la gestante para obtener un líquido amniótico para su estudio; cordocentesis que es la punción del cordón umbilical con aguja a través de abdomen materno, bajo control ecográfico constante; el estudio hemodinámico fetomaterno por ultrasonografía Doppler que se basa en la evaluación de la onda de velocidad del flujo en diferentes vasos del sistema circulatorio.

1.1.7 Signos y síntomas de alarma

A través de toda la atención prenatal, el médico debe de orientar en una forma continua a la embarazada y a su familia, aprovechar al máximo cada cita o consulta para explicar acerca de los cambios esperados, tanto físicos como fisiológicos, así como la sintomatología esperada en cada trimestre, además signos y síntomas de alarma que se deben comunicar inmediatamente al médico, en cualquier momento, para ser atendida oportunamente.¹²

- Cualquier hemorragia vaginal.
- Tumefacción de la cara o las manos.
- Cefalea severa continua.
- Visión oscura o borrosa

- Dolor abdominal o pélvico.
- Vómitos persistentes.
- Escalofríos o fiebre.
- Disuria.
- Pérdida del líquido por la vagina.
- Variación en la frecuencia o la intensidad de los movimientos fetales.

Se pueden agregar los signos y síntomas de alarma mencionados por Kochenour³ como:

- La presencia de edema de cara o de dos de las manos.
- Síntomas visuales o cerebrales: desvanecimiento, confusión mental o escotomas, que son signos de preeclampsia grave.
- Presencia de oliguria.

Se recomienda también la información escrita, ya sea información preparada por el médico o de alguna bibliografía. Para estar convencido de que la paciente comprendió lo que se le explicó, al final se le puede preguntar si entendió y que trate de explicarlo a su manera.

1.1.8 Medicamentos y vitaminas

Medicamentos

Brian¹¹ refiere que el médico de familia debe preguntar sobre fármacos recetados o de adquisición libre, utilizados por la paciente, y ofrecer información sobre cuáles son las elecciones más seguras y cómo evitar los fármacos asociados a riesgos para el feto. A las mujeres sometidas a tratamiento farmacológico hay que vigilarlas precozmente respecto a la atención previa a la concepción y controlarlas luego durante el embarazo. Las anomalías pueden reducirse modificando sistemáticamente las pautas terapéuticas antes de la concepción y eliminando sustancias teratógenas conocidas, como el oro, el litio, la isotretinoína, los antagonistas del ácido fólico, los antiepilépticos y la warfarina.

El asesoramiento antes de la concepción a mujeres que precisan con toda seguridad un tratamiento con fármacos puede servir para posponer o evitar el embarazo. En algunos casos se puede prescribir otros medicamentos o reducir la dosis.

Aún existen muchos fármacos que deben probar que son inocuos durante el embarazo, y de esta manera poder usarlos. El médico debe tener motivos fundados para prescribir algún fármaco al principio del embarazo o, incluso durante la última mitad del ciclo menstrual, momento en que la mujer sexualmente activa puede quedar embarazada.⁹ Se deben

utilizar los fármacos sólo en ocasiones muy necesarias o de urgencia y de preferencia los menos agresivos, además de explicarle a la paciente que nunca debe autorecetarse, algo que es muy común en la actualidad, siempre debe consultarlo con su médico.

González⁷ refiere que la mayoría de los fármacos administrados durante el embarazo atravesarán la barrera fetoplacentaria, teniendo un efecto directo sobre el feto o embrión con la suficiente capacidad para comprometer las condiciones del producto.

Divide a los fármacos que pueden afectar al producto en el primer trimestre como medicamentos teratógenos:

- Comprobados: talidomida, citotóxicos, radiación.
- Probables: alcohol, fenitoína, warfarina, litio, quinina, vacunas vivas.
- Posibles: barbitúricos, esteroides, cloroquina, pirimetamina, trimetopim.
- Dudosos: fenotiacina, difenhidramina, diacepam, clomifeno, penicilamina.

La Norma Oficial Mexicana⁸ recomienda evitar el uso de medicamentos durante las primeras 14 semanas de gestación.

Batalla Martínez³⁸ recomienda que durante el embarazo sólo deban recetarse fármacos cuando exista una indicación médica que lo justifique, ya que en la mayoría de ellos no se conoce con exactitud el riesgo potencial para el feto. En caso de ser necesario su uso, se dará la dosis mínima necesaria y durante el mínimo de tiempo preciso.

Minerales

Es indispensable administrar calcio durante el embarazo² para satisfacer las necesidades fetales y preservar las reservas maternas del calcio. La leche es relativamente barata, y un litro de leche de vaca contiene 1 g de calcio, aproximadamente la ingestión diaria recomendada durante el embarazo (1,2 g), lo mismo que 33 g de proteínas. Otras sustancias ricas en calcio son los jugos cítricos, yogurt o leche en polvo, o en forma de complemento como el carbonato de calcio. Aunque la mujer embarazada requiere calcio y fósforo en abundancia para satisfacer la anabolía fetal, el exceso del segundo puede producirle calambres en las piernas.

Se requiere hierro complementario durante el embarazo para el feto y para prevenir que se agoten las reservas maternas, sobre todo durante la parte final del embarazo. Es el único mineral que es necesario prescribirse, a dosis de 30 a 60 mg de hierro elemental o 300 mg

de sulfato ferroso dos veces al día. Batalla refiere que el hierro en forma de sulfato, fumarato o gluconato por vía oral, se absorbe mejor en medio ácido.³⁸

Se ha observado que la administración de ácido fólico reduce eficazmente el riesgo de defectos del tubo neural en pacientes de alto riesgo. Por consiguiente se recomienda una dosis diaria de 4 mg en las pacientes que han tenido un embarazo previo con esta patología. Debe administrarse preferentemente 3 meses antes del embarazo.^{9, 38}

Williams¹² refiere la importancia de otro número considerable de minerales:

Yodo. Es recomendado que todas las embarazadas ingieran sal yodada para cubrir las necesidades aumentadas por requerimientos fetales y el incremento de la pérdida renal materna. La deficiencia severa predispone el cretinismo endémico. La ingestión de yodo en cantidades farmacológicas puede deprimir la función tiroidea e inducir bocio fetal.

Cobre. Las enzimas que contienen cobre, como la citocromooxidasa, desempeñan papeles clave en muchos procesos oxidativos y por lo tanto, en la producción de la mayor parte de la energía requerida para el metabolismo. Los preparados comunes proporcionan 2 mg de cobre por día.

Cromo. Se cree que desempeña un papel fisiológico como cofactor de la insulina, al facilitar la fijación inicial de la hormona a sus receptores periféricos.

Manganeso. Activa varias enzimas dentro de las cuales esta la glucosiltransferasa, que es necesaria para la síntesis de polisacáidos y glucoproteínas.

Selenio. Es un componente esencial de la enzima glutatiónperoxidasa, que cataliza la conversión del peróxido de hidrógeno en agua; siendo un componente defensivo importante contra el efecto perjudicial de los radicales libres. La deficiencia se manifiesta por una miocardiopatía que suele ser fatal en niños pequeños y mujeres en edad fértil.

Zinc. La deficiencia severa de zinc puede causar disminución del apetito, crecimiento subóptimo y deterioro de la curación de las heridas, enanismo e hipogonadismo; acrodermatitis enterohéptica en el caso de una deficiencia congénita severa de zinc. La ingesta diaria recomendada durante el embarazo es de 25 mg.

Vitaminas

Vitamina A. No existe evidencia de que aumenten los requerimientos de vitamina A durante el embarazo. La ración diaria recomendada es de 800 equivalentes de retinol o

2.700 UI diarias. Existe evidencia de que la ingesta dietética elevada de vitamina A es teratogénica, incluso administrada antes de la concepción.³⁸

Vitamina B₁₂. Se conoce que disminuyen sus niveles durante el embarazo, pero con mayor frecuencia en pacientes vegetarianas estrictas.

Vitamina B₆. Existen cambios bioquímicos inducidos por la deficiencia de esta vitamina, entre ellos la excreción excesiva de ácido fólico xanturénico después de la ingestión de triptófano. Algunos investigadores han relacionado el deterioro de la tolerancia a la glucosa durante el embarazo con la alteración de la vía metabólica inducida por concentraciones disminuidas de esta vitamina, y a su vez, con una disminución de la actividad biológica de la insulina endógena. El suplemento diario requerido es de 2,5 mg de piridoxina.

Vitamina C. La ración dietética recomendada durante el embarazo es de 70 mg/día, o de alrededor del 20% más que para la mujer no embarazada. Una dieta razonable proporciona esta cantidad con facilidad. Las dosis elevadas de vitamina C pueden producir escorbuto en el neonato, puede interferir en la absorción de vitamina B₁₂.

Se debe tomar en cuenta que al llevar una dieta balanceada y adecuada no se necesita la administración suplementaria de minerales y vitaminas. Excepto la administración de hierro, ácido fólico y calcio, que durante la gestación, aumentan las necesidades maternas y deben administrarse.¹²

1.1.9 Vacunación

Cualquier mujer en edad fértil debería estar inmunizada contra las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo y para las que existan vacunas efectivas. La decisión de vacunar a una mujer embarazada se debe basar en la valoración de la probabilidad real de infección, del riesgo que supone la enfermedad para el feto y la madre y los efectos de la vacuna sobre ellos.³⁸

Se recomienda que todas las embarazadas deben vacunarse⁹ contra la poliomielitis si no están ya inmunizadas. La vacuna de la polio puede administrarse sin peligro durante el embarazo. Deben evitarse las vacunas de virus vivos durante la gestación por sus posibles efectos dañinos en el feto.

El colegio Norteamericano de obstetras y ginecólogos recomienda que se administre toxoide diftérico y tetánico en el embarazo cuando es probable la exposición a

microorganismos patógenos. La serie de vacunas contra hepatitis B se puede administrar durante el embarazo en las mujeres en riesgo. Las vacunas contra sarampión, paperas y rubéola deben administrarse 3 meses antes del embarazo o inmediatamente después del parto. En los niños que reciben vacunación se produce esparcimiento viral, pero no transmiten el virus. Por tanto, la vacuna puede aplicarse en forma segura a los niños de las embarazadas. En las embarazadas expuestas a sarampión, hepatitis A, hepatitis B, tétanos, varicela o rabia, se recomienda inmunoglobulina. Todas las vacunas se considerarán bajo el criterio de riesgos beneficios.

La Norma Oficial Mexicana⁸ recomienda la aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente de los servicios médicos, la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales. Mientras que Zárate⁶ recomienda la vacunación antitetánica en el 5º mes y 7º mes en las primíparas. A las embarazadas que hayan sido vacunadas dentro de los diez últimos años se les puede indicar solo un refuerzo en el séptimo mes del embarazo.

El colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en el año de 1991, presenta un resumen¹² apropiado para inmunizaciones específicas durante el embarazo, en el cual recomienda lo siguiente:

- **Vacunas de virus vivos**

Antipoliomielítica: no como rutina, solo en caso de exposición de mayor riesgo.

Contra la fiebre amarilla: solo si se viaja a regiones de alto riesgo.

- **Vacunas de virus inactivos**

Antigripal: enfermedades subyacentes; ante requerimiento de la paciente.

Contra la Hepatitis B: en situación de alto riesgo y negativa para el antígeno B.

- **Vacunas de bacterias inactivas**

Contra el cólera: para cumplir con los requerimientos de viajes internacionales.

Antineumocócica: igual que para la no embarazada.

Contra la peste: vacunación selectiva de personas expuestas.

Antitifoidea: para viajes o zonas endémicas.

- **Globulinas hiperinmunes**

Hepatitis B: profilaxis después de la exposición; administrar al principio, junto con la vacuna contra hepatitis B, luego la vacuna sola al mes y a los seis meses.

Rabia: profilaxis después de la exposición.

Varicela: a considerar después de la exposición. (dentro de las 96 horas)

Hepatitis A: profilaxis después de la exposición.

Sarampión: profilaxis después de la exposición.

1.1.10 Medidas de autocuidado

Es importante tratar de que la paciente logre tener la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo. Para el médico es poco probable por el tiempo que representa, dar toda la información necesaria, sin embargo debe siempre tratar de aclarar lo más posible todas las dudas que la paciente o sus familiares le planteen. Colateralmente es útil recomendar a la paciente la lectura de obras especialmente diseñadas para dar información correcta a personas que lo requieren a un nivel general.⁷

Ejercicio

Williams¹² refiere que el ejercicio no se debe limitar durante el embarazo, siempre y cuando no se fatigue la paciente en exceso, ni se arriesgue a lesiones propias o del feto. En algunas pacientes con complicaciones es recomendable el sedentarismo, por ejemplo en la hipertensión inducida por el embarazo con dos o más productos, con cardiopatía severa o sospecha de feto con retardo del crecimiento.

Actividad laboral

El sentido común dictamina que se debe evitar cualquier ocupación que obligue a la embarazada a un esfuerzo físico severo. Sería ideal que no se continuara con ningún trabajo o juego hasta desarrollar fatiga indebida. Deberían proporcionarse periodos de reposo suficientes durante la jornada de trabajo.

Las embarazadas que trabajan en tareas que requieren estar de pie durante periodo prolongados están expuestas a un mayor riesgo de parto pretérmino.¹²

Viajes

Para la mujer sana los viajes no tienen efectos peligrosos sobre el embarazo. Los viajes en aviones adecuadamente presurizados no entrañan riesgos especiales. En la actualidad los aviones comerciales se encuentran bajo presión desde 1 525 hasta 2 130 m, que es segura

para las mujeres embarazadas. La mayor parte de las líneas aéreas no permiten a las mujeres volar durante el último mes del embarazo para evitar el posible parto durante el viaje. Es recomendable que la mujer grávida camine un poco cada hora aproximadamente, evite colocar las extremidades en posición baja durante tiempo prolongado y omita la fatiga extrema. En los viajes a distancia es conveniente que la embarazada lleve consigo una copia del Carnet perinatal.²

Se han formulado pautas para el uso de cinturones de seguridad en automóviles durante el embarazo. No existe evidencia de que los cinturones de seguridad aumenten la probabilidad de daño fetal. De hecho, la principal causa de muerte fetal en un accidente automovilístico es la muerte de la madre. Por consiguiente debe aconsejarse el uso de cinturón de seguridad de tres puntos, bien colocado, durante toda ocasión que viaje en automóvil.¹²

Baño corporal

El baño no está contraindicado en ningún momento del embarazo. Incluso no se contraindica nadar durante el embarazo normal. Deberá evitarse el buceo por el peligro de traumatismo.

La mujer se encuentra torpe en el último trimestre del embarazo y tiene equilibrio deficiente. Por este motivo, debe advertirse posible peligro de que resbale y caiga en la bañera o en la regadera.⁹

Vestimenta

La vestimenta que se usa durante el embarazo debe ser práctica y no ceñida, se recomienda utilizar un corpiño de sostén adecuado. Se deben evitar el uso de ligas ceñidas, ya que interfieren en el retorno venoso y agravan las varicosidades.

Se recomiendan las fajas de maternidad en los casos de lumbalgias secundarias a la postura de lordosis y el abdomen pendular. Es conveniente utilizar zapatos de tacón bajo para evitar el aumento de lordosis.¹²

Cuidado dental

Las futuras mamás deben llegar al momento del embarazo con un buen estado de salud, la cual incluye la cavidad oral como parte integral de la misma; para lograr esto es ideal la integración del equipo médico y de odontología, para lograr una participación efectiva de la embarazada. La atención curativa tradicional en estomatología requiere de equipo y

material que implican grandes inversiones de capital. Por lo cual se debe destacar la importancia de la educación, prevención y promoción de la salud dental.³⁷

Relaciones sexuales

Muy pocas pacientes reciben información sobre el sexo por parte de su médico. La principal razón por la cual no se habla de sexo en la consulta es la incomodidad del médico y no la de la paciente. La principal pregunta que todas las parejas se hacen es si la actividad sexual puede dañar al bebé.

Según la descripción de Masters y Johnson, la respuesta sexual en el embarazo es muy variable. En la primera etapa las náuseas y la fatiga pueden limitar el deseo y el rendimiento sexual. En el tercer trimestre, la torpeza e incomodidad causadas por el aumento del tamaño del abdomen reducen el número y la variedad de posiciones cómodas. El coito con penetración profunda puede resultar incómodo, por lo que se recomienda la penetración de costado o por detrás. Hacia esta etapa, la mujer puede requerir más afecto y cuidados, los hombres pueden no sentirse atraídos por sus parejas embarazadas.⁶

Algunos autores² refieren que la sexualidad prosigue durante el embarazo, y en la mujer grávida normal no se ha demostrado que el coito contribuya al aborto espontáneo o al trabajo de parto prematuro. Por tanto, no son necesarias ni convenientes las limitaciones sexuales. Sin embargo entre las contraindicaciones para el coito está el trabajo de parto prematuro, rotura de membranas, hemorragia vaginal, cuello uterino insuficiente, amenaza de aborto o aborto habitual, embarazo múltiple (después de la semana 28) y virus del herpes simple u otra infección de transmisión sexual. Rara vez es necesaria la ejecución de duchas vaginales, y pueden ser dañinas. Las duchas a presión forzada, las que se administran con perilla, pueden producir embolia de aire o de líquido.

Es importante que el médico explique a la paciente y a su cónyuge estos aspectos y que establezca con ellos comunicación mediante preguntas y respuestas.

Cuidados de las mamas y el abdomen

A menudo se aconseja proporcionar especial cuidado a las mamas durante el embarazo para mejorar la capacidad de lactancia mediante la epitelización de los pezones, lo cual disminuye la incidencia de grietas en la piel, y para aumentar el tamaño y la eversión de los pezones. A partir de los datos disponibles se concluye que si bien los ungüentos, los masajes y la tracción de los pezones no siempre mejoran estas funciones, estas prácticas no

suelen ocasionar daño alguno. Los masajes y los ungüentos no alteran de manera significativa la incidencia de estrías sobre las mamas y el abdomen. Por lo general la extensión de las estrías es proporcional al tamaño del útero y al aumento de peso materno.¹²

Alcoholismo y tabaquismo

Es de suma importancia explicarle a la embarazada y a sus familiares las secuelas desastrosas que pueden dejar estas toxicomanías.

No se ha podido identificar la cantidad segura de alcohol que puede ingerirse durante el embarazo, sin embargo, las mujeres grávidas que consumen más de 180 ml de whiskey o un aguardiente equivalente todos los días tienen probabilidad de 20% por lo menos de dar a luz un lactante con los rasgos característicos del síndrome de alcoholismo fetal. Por su parte el tabaquismo es particularmente dañino durante el embarazo. Existen alteraciones maternas inducidas por el embarazo como: volumen plasmático disminuido, aborto durante el segundo trimestre, aumento de partos pretérmino, mayor número de problemas cardiorrespiratorios. Y alteraciones fetales inducidas por el tabaquismo como: supresión de la respiración fetal, contracción de las arterias umbilicales disminuyendo la circulación fetal, reducción del peso al nacer directamente relacionado con el número de cigarrillos fumados, y aumento de la morbilidad y mortalidad perinatales.^{2, 38}

1.1.11 Consulta familiar

Un acontecimiento que muy pocos médicos toman en cuenta es la orientación que se debe dar a nivel familiar⁶, invitando a la pareja o familia a que acuda con la embarazada, con el fin de conocer más sobre los cambios esperados durante la gestación, así como poder identificar los problemas que puedan complicar el desarrollo del embarazo. También se debe explicar que el embarazo es un estado normal, pero que existen situaciones que pueden complicar su evolución, por lo que se necesita enseñar a detectar y tratar en forma temprana los problemas que pueden comprometer el embarazo. Para lograr estos objetivos, el control prenatal se debe comenzar en forma temprana, de una forma continua, de manera completa y accesible tanto para la embarazada como para su familia.

Gran parte de la literatura no menciona a la pareja o a la familia, la importancia que tienen como red de apoyo, si se les enseña, es muy probable que ellos ayuden a tranquilizar a la embarazada en cualquier momento, o por ejemplo, tratando de llevar una dieta en conjunto, por lo que es importante agregarlos a la atención prenatal ya que ellos serán el apoyo inicial

y principal a lo largo de la gestación. Recordemos que no es lo mismo la embarazada que cuenta con el apoyo de toda una familia, que la embarazada soltera, que además por factores socioculturales fue expulsada de su hogar inicial, sin contar así con apoyos básicos durante el embarazo.

En las embarazadas adolescentes, es de suma importancia el papel que juega la familia,^{13,14} y más específicamente la madre de la adolescente embarazada (como primer escalón de la red de apoyo social), será de gran importancia para procurar la adaptación de la embarazada a su maternidad y sobre todo al futuro incierto. Sin embargo se desconocen formalmente las necesidades educativas que tienen las madres de estas pacientes durante este periodo. En la vida cotidiana, las madres de adolescentes embarazadas, además de compartir la responsabilidad y la crítica social y familiar, adoptan la mayoría de las veces una función de guía o asesoría frente a las dudas y preocupaciones que el embarazo, el parto y la recuperación puerperal implican, aunque a veces están muy lejos de las verdaderas necesidades que plantean tales situaciones, es aquí la importancia del médico familiar de orientar y educar a la paciente y a su familia.

El médico de familia debe ayudar a que la mujer y su pareja⁶ vivan el embarazo como una etapa normal del ciclo vital y no como una enfermedad. En la primera consulta, el objetivo principal del médico es que la embarazada sana y su pareja comprendan que pueden hacer una vida normal.

1.1.12 Orientación nutricional

Brian¹¹ refiere que el estado nutricional de una mujer en el momento de la concepción puede tener profundos efectos sobre el resultado del embarazo. En la visita previa a la concepción debe hacerse una anamnesis dietética completa, con referencia de los hábitos y actitudes alimentarias, conocer el uso de vitaminas y suplementos minerales, así como alergias alimentarias, y si se tiene conocimiento de lo que se considera una nutrición correcta y disponibilidad de alimentos.

El médico familiar debe descartar la presencia de trastornos como: bulimia, anorexia, pica e hipervitaminosis. Una vez identificados puede iniciar asesoramiento nutricional y en algunos casos el tratamiento de un estado emocional subyacente. Además en el caso de mujeres con escasos recursos económicos hay que ayudarlas a conseguir alimentos a través de programas de apoyo o centros de ayuda alimentaria.

Todas las pacientes embarazadas se les debe aconsejar seguir una dieta balanceada⁶ en la que se integren los diferentes grupos de alimentos. La dieta debe ser rica en calcio y hierro. En el tercer trimestre los requerimientos fetales son mayores, por lo que es fundamental alimentarse de modo adecuado.

Debido a que la buena nutrición materna² es un aspecto determinante principal del crecimiento y el desarrollo fetales normales. Se recomienda por lo general que la paciente embarazada ingiera 36 a 38 cal/kg/día.

Las embarazadas siempre tendrán muchas dudas respecto a lo qué deben comer para satisfacer las necesidades de sus hijos, y sobre cuánto tienen que engordar a lo largo de los nueve meses y con qué ritmo.

Ganancia de peso durante el embarazo.

Una mujer que pesaba antes de quedar embarazada de 55 a 58 kg, debe aumentar de 10 a 12.5 kg durante las 40 semanas de gestación. El ritmo de ganancia de peso se refiere que desde la semana 20, el aumento es de 410 a 450 g por semana, hasta alcanzar los 12.5 kg al término. Lo que según Hytten y Chamberlein (1980), referido por Botella,¹⁵ correspondería que a la semana 10 presentará un aumento de 650 g; a la semana 20 de 4 kg; a la semana 30 de 8,5 kg y a la semana 40 de 12,5 kg.

González⁷ recomienda romper con las ideas tradicionales que preconizan que la mujer embarazada debe comer “por dos” y hacer a la embarazada de los graves riesgos que representa el incremento excesivo de peso en el curso de la gestación. Es necesario también insistir a la paciente acerca de una preparación higiénica de los alimentos y que ésta debe ser sencilla, sin condimentos que comprometan la función digestiva, generando molestias de gastrointestinales.

En la primera consulta se valora el peso,¹ de acuerdo con la estatura y es importante que la mujer, si es posible, informe de su peso inicial. La mujer con sobrepeso previo al embarazo, no debe bajar de peso y se le debe controlar para que su aumento total no sea mayor de 7 a 7.5 Kg

Durante el embarazo se requiere energía adicional por el aumento en la cantidad de tejidos y este vigor se encuentra fácilmente en una dieta balanceada, alta en proteínas y calorías, elevada en fibras y baja en carbohidratos y grasas. Se ha demostrado que la deficiencia

nutricional ocasiona deterioro al crecimiento del feto y daño al desarrollo de su cerebro, especialmente por carencia de proteínas.

1.1.13 Promoción de la lactancia materna

Son de sobra conocidas las ventajas de la lactancia materna (LM) sobre la lactancia artificial. A pesar de ello se ha disminuido de manera importante el número de niños lactados de forma natural. La OMS desarrolló en 1989 un documento¹⁶ analizando esta problemática, creando la figura de hospitales amigos de los niños (HAN) y un decálogo de medidas protectoras de la lactancia materna que deben cumplir los hospitales que aspiren a dicho título y que se conocen como “los diez pasos para una lactancia exitosa”, este informe insiste en la necesidad de la promoción prenatal, dado que la mayor parte de las madres toman su decisión en el tercer trimestre del embarazo. La decisión de lactar se toma en muchos casos antes del embarazo, y en ella influyen el entorno y la educación, indicando que es en el ámbito escolar donde se debe iniciar la promoción, así mismo se considera que las actividades sobre las gestantes y madres recientes sirven para reforzar la decisión ya tomada y prolongar la lactancia.

Díaz¹⁷ refiere la importancia de la promoción de la lactancia natural en el momento de la visita postnatal, mientras que Dueñas¹⁸ refiere como uno de los objetivos principales del programa de embarazo es la promoción de la lactancia materna.

La leche materna¹⁹ es el mejor alimento para el recién nacido. Debido a que como contiene numerosas defensas protege contra enfermedades. Durante el primer mes de vida se le debe dar el pecho de día y de noche, por lo menos cada 3 horas, aproximadamente tomará durante 10 a 15 minutos de una mama, luego el mismo tiempo en la otra mama, de esta manera, tendrá suficiente leche para alimentarlo y sus pezones no le dolerán ni tendrán heridas. Es conveniente mantenerlo despierto, hablándole y haciéndole cariños. A medida que el niño va creciendo, se le dará de lactar menos veces.

1.1.14 Promoción y orientación sobre planificación familiar

Se debe recordar que como estrategia para mejorar la salud reproductiva de la mujer, hay que aprovechar todas las oportunidades de iniciar un método de planificación familiar en forma segura, el cual debe ser administrado en forma apropiada y con la adecuada orientación de la gestante.¹⁹

Es muy importante que en los embarazos de alto riesgo, abortos, preeclampsia, eclampsia, etc., siempre se deberá recomendar el uso de un método anticonceptivo, explicando los riesgos a que se puede someter en caso de no utilizarlo y los beneficios de prolongar otro embarazo.

La Norma Oficial Mexicana⁸, Atención de la mujer durante el embarazo recomienda la promoción y orientación sobre planificación familiar.

Autores como Díaz²⁰ y Scherger²², mencionan a la anticoncepción como parte fundamental y muy importante de la educación y promoción que debe recibir la embarazada.

1.1.15 Valoración de riesgo obstétrico

El riesgo obstétrico es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.²¹

La palabra “riesgo” se define de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, como: la probabilidad de daño, lesión o pérdida, así como contingencia o proximidad de un daño. El término alto tiene varias acepciones: como sería grave y enorme. De la combinación de ambas se concluye que riesgo alto¹ entraña obligadamente un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad grave o muy trascendente de morbilidad o bien de mortalidad para la madre, el feto o el neonato.

Se ha dedicado considerable atención a la detección de embarazos complicados o “de alto riesgo” y, de hecho, los programas para evaluación de riesgos han demostrado ser efectivos para detectar la mayoría de los embarazos con riesgo aumentado.¹² En la práctica, uno de los problemas inherentes a los intentos destinados a detectar los embarazos de alto riesgo es la tendencia a ignorar los embarazos tempranamente diagnosticados como de bajo riesgo que, sin embargo, más tarde demostraron ser de alto riesgo. No obstante, existen categorías importantes de riesgo incrementado que se deben detectar antes del parto y a las que se debe proporcionar la debida atención en el manejo posterior del embarazo. Estas categorías se incluye; 1) patologías médicas preexistentes, 2) embarazos previos con problemas, tales como mortalidad perinatal, parto de pretérmino, retardo en el crecimiento fetal, malformaciones, accidentes placentarios o hemorragia materna y 3) evidencia de desnutrición materna.

Según la evaluación e identificación de las pacientes de riesgo que puede presentar complicaciones durante el embarazo, se pueden dividir en pacientes con categorías de bajo riesgo, riesgo medio y riesgo alto.²² La mayoría de los médicos familiares están preparados para ocuparse de las pacientes de riesgo medio y bajo, así como para compartir la atención de las de alto riesgo con los especialistas en medicina perinatal, es fundamental realizar una evaluación adecuada del riesgo. Aunque se han ideado complejos mecanismos para la puntuación del embarazo y determinar su categoría de riesgo, no han servido para mejorar la más sencilla identificación clínica de los factores de riesgo conocidos.

Debido a su amplia formación los médicos de familia pueden tener incluso más experiencia que algunos tocólogos en un campo que trata problemas médicos como tiroideas y pulmonares, lógicamente conociendo sus limitaciones. La consulta con un especialista no impide una atención compartida. Muchos problemas de alto riesgo pueden resolverse durante el embarazo y convertir el parto en un fenómeno de bajo riesgo. El médico familiar debería mantenerse en contacto con la paciente tras la consulta o la derivación al especialista. La mujer embarazada de alto riesgo y su familia seguirán beneficiándose de un abordaje biopsicosocial exhaustivo.

Existen múltiples tablas para valorar el factor de riesgo, una de ellas propuestas por Botella¹⁵, gracias a ella ha sido posible disminuir la mortalidad fetal.

ALTO RIESGO FETAL* Tabla de penalización

Edad	<15 años.....	10
	16-19.....	05
	35-39.....	15
	>40.....	30
Antecedentes	Abortos 1.....	15
Ginecoobstétricos	Abortos >1.....	30
	Partos pretérmino 1.....	20
	Partos pretérmino >1.....	35
	Partos distócicos 1.....	20
	Partos distócicos >1.....	30
	Pelvis límite.....	50
	Fetos malformados 1.....	20
	Fetos malformados >1.....	50
	Fetos muertos 1.....	40
	Fetos muertos >1.....	80

Antecedentes del	Fumador.....	30
Embarazo actual	Alcoholismo.....	30
	Obesidad >80 kg.....	30
	Sífilis.....	30
	TORCH.....	40
	Diabetes tratada.....	30
	Diabetes no tratada.....	60
Paridad	0 partos.....	05
	4-6 partos.....	10
	7 o más.....	20
Historia del	Duración en semanas <37...	50
Embarazo	Duración del embarazo >42...	30
	Sin control.....	20
	Presentación anómala.....	20
	Gestación múltiple.....	30
	Hemorragia 3er trimestre.....	40
	Amenaza de aborto.....	20
	Amenaza parto pretérmino...	30
	Ruptura precoz de amnios.....	40
	Inmunización Rh posible.....	40
	Inmunización Rh confirmada	80
	Toxemia grave.....	80
	Toxemia leve.....	50
	Anemia.....	30
	Exploración radiográfica.....	30
	Anestesiada.....	30

TOTAL _____

Clasificación de riesgo

0-9 puntos: Mínimo **10-19** puntos: Riesgo moderado **>20** puntos: Alto riesgo

*Tomada de: Botella LJ, Clavero NJ. Conducta del médico ante un embarazo normal. Tratado de Ginecología. 14ª edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1993; p. 195.

1.1.16 Diagnóstico integral

Una vez realizado el interrogatorio y la exploración física correspondientes al caso, el médico deberá determinar sus conclusiones diagnósticas⁷ de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Estado general de salud de la madre.
- Tiempo de evolución del embarazo.

- Normalidad de evolución del embarazo.
- Padecimientos maternos independientes del embarazo.
- Padecimientos maternos que se afectan o afectan al embarazo.
- Factores de riesgo para la madre y el producto.

De acuerdo con lo anterior, deberá establecerse el pronóstico y las conductas complementarias de estudio clínico y paraclínico así como el tratamiento necesario. En el caso que se considere de alto riesgo, es necesaria la asesoría de un especialista o realizar la derivación del caso al obstetra para beneficio de la paciente.

1.1.17 Carnet perinatal

El Carnet perinatal consiste es un documento de fácil llenado que consiste en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y es realizada por cualquier profesional de la salud que realice atención obstétrica. Existen algunas pautas especiales para el llenado de este documento.¹⁹ Es importante recordar que la calidad de la información y los datos que genere el sistema Informático Perinatal (SIP) se basan en la coherencia y calidad de los datos con los que se llene la HCPB, siempre que se use esta historia se debe recordar que:

- No se debe dejar ningún casillero en blanco.
- En los casos que el dato sea negativo o sea cero siempre debe marcarlo.

La maternidad tiene la capacidad de incorporar una herramienta de registro clínico informático²³ para el seguimiento de la calidad de atención prenatal y de los indicadores de salud, además de darle una continuidad a la gestante a lo largo de la evolución del embarazo, se pueden detectar desviaciones y por consiguiente prevenir patologías o valorar su envío al segundo nivel de manera oportuna. Es importantísimo que la embarazada lleve siempre este Carnet a cualquier lugar a donde se dirija, debido a que contiene toda la información del progreso de su embarazo.

En 1993 el Sistema de Información Médico Operativo (SIMO)²⁴ entro en vigor, lo que permitió identificar la oportunidad de la vigilancia prenatal, así como diferenciar las actividades realizadas por los integrantes de los equipos de salud del primer y segundo nivel de atención.

1.1.18 Consultas subsecuentes

Tras la primera visita se propone la realización de una visita cada 4 semanas. Se realizarán de forma coordinada con el servicio de ginecología, Batalla³⁸ propone un seguimiento entre

los dos sectores de atención, de 10 visitas, 6-7 corresponderían al médico de familia y 3-4 al ginecólogo.

La periodicidad del control prenatal²⁵ 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 con 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 Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de gestación, cada tres semanas hasta las 34 semanas de gestación, cada dos semanas hasta las 36 semanas de gestación y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de gestación.

Williams¹² refiere los exámenes prenatales posteriores a intervalos de 4 semanas hasta las 28 semanas de gestación, después cada 2 semanas hasta las 36, y entonces una vez por semana. Los modelos de control prenatal que se utilizan hoy en día se basan en diseños desarrollados en Europa, en particular en el Reino Unido. El problema de ellos es que no han variado a pesar del desarrollo tecnológico y científico. Otro problema es que estos modelos no responden a nuestra realidad ni a la prevalencia de las patologías de nuestro país. La norma nacional de Argentina de 1985 sugiere realizar 5 visitas de control prenatal, mientras que el criterio clásico indica un control mensual hasta la semana 32, uno quincenal hasta la semana 36 y uno semanal hasta el parto.⁶

Desde la consulta inicial hasta el parto, debe conservarse un registro continuo del progreso del embarazo.² Se incluirán síntomas, signos, hábitos, contactos o exposiciones con enfermedades, medicaciones y resultados de las pruebas de laboratorio. Por añadidura, las consultas prenatales estarán constuidas por la estructura ordinaria.

Se preguntará a la paciente sobre su estado de salud general y quejas que tenga.

- Se preguntará a la paciente sobre su estado de salud general y las quejas que tenga.
- Se tomará su peso, presión arterial y se registrará en el expediente. Se valorarán los cambios de peso en comparación con la curva promedio.
- Se examina una muestra de orina en busca de proteínas y glucosa. Si sobreviene glucosuria importante (>2+), se efectúa investigación de intolerancia a los carbohidratos.²⁶ Esta consiste en administrar una carga bucal de 50 g de glucosa y en la determinación de la glucemia una hora después, o determinación de la glucemia en ayunas y de ésta posprandial a las dos horas. Si estas pruebas resultan anormales, se ordena una aprueba de tolerancia a la glucosa (PTG). La proteinuria repetida >1+ o los síntomas urinarios requerirán la obtención de una muestra capturada con limpieza para cultivo y estudio microscópico. Si la cuenta bacteriana es >100000/ml, se prescribirán antibióticos apropiados. Se planea un urocultivo repetido una semana después de concluido el tratamiento, y de nuevo si reaparece la sintomatología. Si la cuenta es <100000/ml, se obtiene una muestra de orina de 24 horas para medición de volumen, depuración de creatinina y determinación de proteínas totales para diagnosticar la presencia de posible enfermedad renal.
- Se palpa el abdomen. Se mide y anota la altura del útero a partir de la semana 12 de gestación,^{8,38} por arriba de la sínfisis del pubis. Del mismo modo, se apunta la frecuencia cardíaca fetal y cualquier detalle que se considere anormal. Después de la semana 28 se determina la presentación del feto. A partir de la semana 32, se registran además de estas mediciones, posición del feto, encajamiento de la parte de presentación y estimación del peso fetal.
- Se puede efectuar exploración rectal o vaginal casi en cualquier momento para confirmar la parte de presentación, establecer su estación y determinar el estado del cuello uterino.
- Cuando los datos físicos no se inclinan a favor de la fecha estimada de confinamiento calculada a partir de la FUM, se recurre a la ultrasonografía para investigar la presencia de anomalías del desarrollo fetal, de disparidades en la edad gestacional o retraso del crecimiento.

1.1.19 Preparación para el parto

En España³⁸ es posible y deseable que toda mujer acuda al hospital en el momento del parto, donde podrá detectarse y tratarse rápidamente cualquier eventualidad. La organización sanitaria actual determina también que la asistencia a todo tipo de partos sea atendida por equipos de especialistas tocoginecólogos, por tanto sólo en alguna circunstancia muy excepcional un médico de familia deberá atender un parto.

La mujer embarazada puede tener muchos temores respecto a su salud, al trabajo del parto, el bebé que aún no nace, y las relaciones familiares. Aunque los cuentos de las parteras son menos frecuentes en la actualidad, la prensa y la televisión algunas veces exageran los problemas colocando nuevas angustias. En la atención prenatal ideal hay tiempo para tratar las inquietudes de las pacientes en forma individual, esto es imposible en un hospital por su gran actividad laboral; por lo que son de gran valor las clases prenatales a las futuras madres, en las cuales se aclara cualquier duda. El médico familiar tiene un papel muy importante al mantenerla informada. A pesar de fuertes reclamaciones, no existe evidencia científica de que el curso o seguridad del trabajo de parto se vea alterado por cualquier forma de ejercicio prenatal; esto puede dar confianza a las mujeres que creen en ellos.

Si el esposo pretende estar con su pareja durante el parto, también debe recibir esta preparación.²⁷

Preparación psicoprofiláctica de la gestante.¹⁹

Existen actividades para dar preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para un embarazo, parto y posparto sin temor ni dolor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal. Los objetivos son:

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológicamente, brindándole orientación y entrenamiento para que logre erradicar el desconocimiento y el conocimiento inapropiado acerca de la gestación, parto y posparto.
- Captar el mayor número de gestantes que acudan al control prenatal, motivándolas sobre la importancia de su evaluación periódica, paralela a una buena preparación psicoprofiláctica obstétrica.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestante durante el trabajo de parto, disminuyendo así los casos complicados.

- Fomentar y comprender la participación de la pareja durante la gestación, parto y posparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde a los factores de riesgo.
- Capacitar a las gestantes para el cuidado adecuado del recién nacido.
- Promover la elección de un método de planificación posparto.

La atención integral del control prenatal debe incluir programas de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los periodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.^{3,6,7,9,16,17,25}

1.1.20 Norma Oficial Mexicana⁸ NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”. (Completa en el anexo 1)

Se utilizó como marco de referencia la norma oficial para la realización del instrumento de evaluación tomando algunos de los siguientes criterios, que se señalan como mínimos para la realización de la atención prenatal en los servidores de salud.

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);

- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y

mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y

- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (ver anexo 1).

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

1.1.21 Calidad de la atención en salud.

La calidad de la atención, es una antigua necesidad, inquietud y promesa, que asume hoy un rol de creciente protagonismo y complejidad.

Los sistemas de salud, deben responder de manera congruente a las crecientes y dinámicas necesidades, además de adaptar estrategias para satisfacer demandas actuales y anticipar tendencias previsibles.

Ante el crecimiento poblacional elevado, es necesario buscar aquellas fórmulas que permitan a los servicios de salud incrementar su cobertura para satisfacer necesidades cuantitativamente crecientes al tiempo que ello se logra de una manera más equitativa, eficiente y efectiva, sin olvidar a la vez, los esfuerzos concretos por mejorar la calidad de la misma en igual o mayor proporción.³⁹

En relación con las políticas y estrategias enunciadas para consolidar el Sistema Nacional de Salud, destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud.

Para poder promover la calidad de la atención médica, se debe conocer cuales son los aspectos que la determinan, cómo modificarlos y cómo asignar un juicio de valor a través de su verificación.

Para analizar la evolución del concepto calidad en el ámbito de los sistemas sanitarios se debe antes examinar las características propias de un servicio. Hay tres que tienen relevancia en la calidad asistencial: intangibilidad, inseparabilidad y variabilidad.

Los servicios son intangibles por naturaleza, se acompañen o no de bienes físicos. Son intangibles en tanto que no se puede transmitir su propiedad; son de difícil promoción, ya que para conocerlos hay que experimentarlos; caducan al mismo tiempo que se producen; no pueden almacenarse; y el precio, entendido como valor para el cliente, es difícil de establecer. La inseparabilidad es consecuencia de la intangibilidad. Los servicios no pueden desligarse de quien los produce y tampoco se pueden desvincular del cliente. Es decir, los trabajadores no pueden separarse del cliente que recibe el servicio. La variabilidad en el proceso de servicio es un factor que dificulta a la vez que obliga a estandarizarlo y representa un problema añadido para medir su calidad.³⁸

1.1.22 Definición.

La Norma Oficial Mexicana⁸, señala las siguientes definiciones:

Calidad de la atención: como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como resultados).

Calidez en la atención: el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario en servicio.

Oportunidad en la atención: ocurrencia de la atención médica en el momento en que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

Existen numerosas definiciones aplicables a la calidad de la atención médica, Ruiz de la Chávez⁴⁰, considera como las más congruentes las siguientes:

- “El análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución;

también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal”.

- “Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos”.

Donabedian⁴¹ ha propuesto una definición considerada la más aceptada en el ámbito de la atención a la salud. Refiriéndola como un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes, implicando los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

1.1.23 Expectativas de calidad de la atención en unidades médicas.

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas, puede enfocarse desde distintos puntos de vista en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que la requiere.

1.1.23.1 Expectativas de la institución.

La institución o unidad médica que otorga la atención pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad, calidad en la aplicación de las normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la mortalidad, y con ausencia de quejas.

1.1.23.2 Expectativas del trabajador.

El trabajador espera dar atención a los pacientes contando con: instalaciones, equipo e instrumental apropiados; coordinación y apoyo de las diferentes áreas que participan en la atención del paciente; reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas y remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

1.1.23.3 Expectativas del paciente.

Los pacientes que tienen acceso a las instituciones del sector salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención, cortesía y oportunidad; con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y de enfermería; con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental de consumo suficiente, disponible, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación.

También esperan contar con personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; con una realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

1.1.24 Evaluación de la calidad. ⁴²

Cuando se trata de evaluar conceptos relativos a la calidad de la atención médica o paramédica, la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo, explícito o implícito, lleva inherente a la asignación de valores numéricos a elementos de la atención médica eminentemente cualitativos. Por lo mismo se corre el riesgo de asignar cifras por arriba o por debajo de la justa en forma inadvertida, sobre todo si se utiliza un criterio incorrecto. También existe el peligro de asignar un valor arbitrario, superior o inferior, en forma prejuiciada.

Los posibles prejuicios, concientes o no, que pueden afectar la asignación de una cifra mayor o menor a un indicador determinado, por simpatías o antipatías, buen o mal estado de ánimo, consignas en pro o en contra quitarían objetividad y reproducibilidad al procedimiento, haciéndolo poco confiable y seguramente mal aceptado.

Conociendo estas dificultades, diversos grupos dedicados a la evaluación de la calidad de la atención médica, adoptaron sistemas de calificación en los que se utilizan parámetros cuali-cuantitativos absolutos y extremos, que no permiten gradaciones intermedias.

La evaluación de la calidad de la atención puede ser el punto de partida de una serie de eventos que lleven al establecimiento del diagnóstico situacional de una unidad o

departamento, y como consecuencia a la identificación de los problemas que afectan la calidad o eficiencia en la prestación de los servicios, hasta la solución que redunde en mejoría de la calidad con que se otorgan los servicios.

Ponce Rosas y cols⁴³, refieren que para emitir un juicio de calidad sobre un servicio activo es necesario establecer un sistema de calificación cuanti-cualitativo, calculado en base a un valor cuantitativo (porcentual) un juicio final cualitativo que va desde la excelencia hasta la insuficiencia. Estableciendo una cifra porcentual que sirva de parámetro para otras evaluaciones o comparaciones, sirviendo a su vez para establecer metas y evaluar nuevamente logros obtenidos. Sirviendo finalmente para planear estrategias operativas más acordes con la realidad considerando los insumos disponibles.

“La creación de instrumentos de evaluación basados en el contenido de Normas Oficiales es útil y beneficioso para tratar de mejorar la calidad de la atención médica, ya que con la información que se obtiene, se conocen circunstancias que van desde las muy obvias hasta las inimaginables, éstos deben ser instrumentos sencillos y rápidos en su aplicación, con un sistema simple de calificación pero siempre tratando de ser confiable y preciso”.

1.1.25 Mejoría de la calidad de los servicios médicos.⁴⁴

El gobierno capitalino presento en septiembre de 1989, un amplio programa de reordenación de los servicios médicos que ofrece el Departamento del Distrito Federal. Teniendo como propósito fundamental establecer un esquema de operación de los servicios de salud que se presta a la población, bajo la coordinación de la Dirección General de los Servicios Médicos, que permita ampliar y mejorar la atención a la salud de los habitantes de esta ciudad haciendo un uso racional y eficiente de los recursos existentes.

Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal comparten la preocupación de otras instituciones de salud por complementar los programas de expansión encaminadas a fortalecer los aspectos cualitativos de los servicios que se ofrecen.

Es posible al identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención que recibe el usuario. Uno de los problemas identificados y de mayor importancia es la carencia de una conciencia y preocupación por la calidad a nivel de los servicios personales que prestan los profesionales de la salud que laboran en las instituciones. Por lo que se inicio un programa de “Círculos de Calidad” como estrategia para la formación y capacitación de verdaderos equipos de trabajo.

Los círculos de calidad se conciben como un procedimiento sociotécnico que aborda los factores tanto humanos como administrativos en su relación con la productividad y satisfacción del personal en el trabajo.

De esta manera, los círculos de compromiso, presididos por el Jefe de Enseñanza e Investigación y conformados por representantes de la comunidad hospitalaria, están trabajando, con la misión de crear una “cultura por la calidad” a través de programas educativos con objetivos específicos de informar, concientizar y sensibilizar a todo el personal de la unidad en la necesidad de mejorar su desempeño profesional, en las funciones y responsabilidades que cada uno realiza. Además de adoptar una postura realista ante las necesidades iniciales de educar, responsabilizar y comprometer al personal que lo integra, con el fin de poder avanzar en la mejoría de los servicios que ofrece buscando siempre una mayor accesibilidad, aceptabilidad y efectividad ante las necesidades de salud de los habitantes de la ciudad de México y nuestro país en general.

1.1.26 Garantía de la Calidad.⁴⁵

Es útil pensar en la garantía de la calidad como consistente en dos componentes. Uno es el diseño de sistemas y los recursos, y el otro es la monitoría del desempeño del sistema. Los recursos y el diseño del sistema afectan la calidad de la atención profundamente, pero sólo de un modo general. Se necesita la monitoría del desempeño a fin de poder adecuar la atención más exactamente a los criterios y normas de calidad.

La evaluación y la monitoría de la calidad deben adaptarse cuidadosamente a las situaciones particulares de cada país si han de tener éxito. No existe una máquina productora de garantía de calidad universalmente adecuada que se pueda comprar con dinero. Evert Reerink⁴⁶ menciona como un ejemplo claro de garantía de calidad de la atención médica al país de Holanda, en el que para conseguirla apoya a los centros de recursos encargados de establecer, supervisar y evaluar las actividades relacionadas con la garantía de calidad en los diferentes sectores de la atención de la salud en el país, además de dedicarse a la docencia e investigación de tales actividades. Además difundiendo la garantía de calidad entre médicos, enfermeras, fisioterapeutas y también entre personal administrativo del hospital; al mismo tiempo que proporciona información sobre la garantía de calidad a gobiernos, instituciones y personas interesadas de otros países.

1.1.27 Relación entre calidad, productividad y costos.⁴¹

En las sociedades, existe sin duda alguna, la preocupación por la calidad, la productividad y los costos en todos los ámbitos de la economía internacional. Sin embargo, esta preocupación ha adquirido diferentes matices en función del sector de la economía en cuestión y del contexto nacional del que se trate.

La presencia de estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conduce hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye también, y de una manera mucho más racional, a la contención de los costos.

Otro factor que, sin duda, ha influido en la creciente necesidad de establecer estrategias de garantía de la calidad, primordialmente en los Estados Unidos, ha sido el constante incremento de las demandas legales contra los hospitales y los médicos.

En los países en desarrollo, particularmente de América Latina, la situación se presenta un tanto diferente. En estos casos ha influido muy probablemente los efectos de las crisis económicas que afectaron seriamente durante décadas y cuyos efectos no están totalmente superados.

A manera de conclusión las relaciones entre calidad, productividad y costos pueden resumirse en las siguientes posibilidades, que parecerían ser las más obvias:

- A mayor productividad, menores costos y mayor calidad.
- Mayor productividad, menores costos y menor calidad, si es que las estrategias para incrementar no consideran su impacto en la calidad.
- A menor productividad, mayores costos y, muy probablemente, menor calidad.
- Sí, a pesar de existir baja productividad, se intenta elevar la calidad, es muy probable que los costos se incrementen notoriamente para compensar la baja productividad.

1.1.28 La medicina familiar.⁴⁷

La medicina familiar: es la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad, o sexo del paciente ni del órgano, o sistema afectado por la enfermedad.

1.1.29 El médico familiar.⁴⁷

El médico familiar, otorga la atención a la salud en la disciplina de la Medicina Familiar. Su entrenamiento y experiencia lo califican para la práctica profesional en los diversos campos de la medicina y cirugía.

El médico familiar está educado y entrenado para desarrollar y poner en práctica actitudes únicas y actividades que lo califican para una atención continua, mantenimiento integral de la calidad y atención médica a todos los miembros de la familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica, conductual o social. Este médico se constituye en la figura que intercede ante todos los asuntos relacionados con la salud, incluyendo el uso adecuado de los consultantes así como los recursos de la comunidad.

1.1.30 Líneas guías de estudio.⁴⁸

- El sistema de salud debe asegurar una atención longitudinal, integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes. El papel de la atención primaria de salud es fundamental para lograr estas características.
- Los médicos de familia como integrantes activos del equipo de atención primaria deben aumentar su poder resolutivo, organizar la atención por parte de otros especialistas y realizar consejo y tutela de los pacientes a lo largo de todo el sistema sanitario. Asimismo deben atender a las personas no sólo con una orientación psicosocial. Este enfoque trasciende el modelo biomédico, ubicado a la persona, en el centro de la atención.
- Los escenarios que viven los sistemas de salud, obligan a la búsqueda de mejores instrumentos para mejorar la gestión, y alinear la asignación de recursos con los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud aplicando los incentivos apropiados.
- Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencias e incumbencias específicas. El trabajo interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas del equipo de Salud Familiar.

- Es necesario buscar estrategias que permitan el intercambio oportuno y continuo del conocimiento, siendo una de ellas la conformación de una red regional de calidad en medicina familiar. Resulta importante para ello la investigación y recopilación de información actualizada en temas de calidad, su sistematización y difusión en el ámbito iberoamericano, a fin de promover una cultura de mejoramiento de la calidad en el ámbito regional.

1.1.31 Intervención del médico familiar.

La atención médica de la embarazada es una herramienta fundamental para lograr uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: la atención longitudinal y continua de la paciente y la familia.

Los médicos de familia están capacitados para realizar el control prenatal y la atención de las embarazadas de bajo riesgo con la misma calidad que los obstetras. Las embarazadas se sienten más cómodas si son controladas por los médicos que siempre las han atendidos y que las conocen. Una ventaja de los médicos de familia es que tienen la posibilidad de ver a las pacientes antes de que decidan el embarazo y, de esta forma, pueden ser más eficaces para instaurar las prácticas preventivas.⁶

La intervención del médico familiar en la atención prenatal, debe iniciar en la etapa previa a la concepción, detectando los factores de riesgo previos, para realizar intervenciones médicas y psicosociales. Algunos riesgos previos a la concepción son identificables con facilidad y disponen de intervenciones eficaces, en otras ocasiones ofrecen la oportunidad de llevar a cabo un tratamiento adecuado, planificar el embarazo, incorporarse precozmente a la atención prenatal y/o hacer recomendaciones para evitar el embarazo.

No resulta fácil tratar algunas situaciones, sobre todo los riesgos psicosociales, pero pueden beneficiarse de la evaluación y el asesoramiento por parte del médico de familia y de la participación en servicios comunitarios apropiados.

Para que esta atención sea más eficaz, hay que disponer de unos servicios de intervención coordinados en el ámbito médico y comunitario, como las visitas domiciliarias del personal de enfermería, los asistentes sociales, los asesores en salud mental y los especialistas en nutrición entre otros.¹¹

Dentro de los objetivos de la evaluación integral inicial se identifican: 1) definir el estado de salud de la madre y el feto. 2) determinar la edad gestacional del feto y 3) iniciar un plan

para continuar con la atención obstétrica. La planificación inicial para la atención posterior puede variar desde consultas de rutina relativamente poco frecuentes hasta la rápida derivación hospitalaria debido a una enfermedad materna o fetal severa.¹²

La medicina preventiva⁷ es la característica más efectiva a que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos.

De cierta manera es capaz de mejorar las condiciones de los embarazos y partos que debe soportar la mujer, y por otra, procurar al feto el ambiente más óptimo para desarrollarse, naciendo en el mejor estado posible.¹⁵

Los principales objetivos de un programa de embarazo están encaminados a reducir la morbimortalidad neonatal, el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbimortalidad de causa obstétrica y, en la medida de lo posible, fomentar la lactancia materna. El comité de Expertos en Salud Materno Infantil de la OMS indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el parto atención hospitalaria adecuada.¹⁸

El médico familiar, tendrá como línea base, la educación de la madre sobre la edad gestacional y fecha posible de parto, movimientos fetales y bienestar fetal, nutrición materna, lactancia y cuidados neonatales, derechos legales, orientación sexual, planificación familiar y preparación al parto; aprovechando todas y cada una de las consultas prenatales. Si se toma en cuenta que el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo.²⁰

En la actualidad la ausencia de acceso a la atención prenatal para muchas mujeres, tanto en áreas rurales como urbanas, es motivo importante para que haya más médicos de familia que presten estos servicios. Con su conocimiento de la medicina científica, pero con abordaje humanista del embarazo y del parto similar al de las comadronas, el médico de familia es el profesional adecuado para proporcionar un equilibrio entre la naturaleza y la tecnología y puede ser un excelente guía para conseguir una atención prenatal apropiada. La mujer que da a luz establece nuevas relaciones con sus allegados y todos los familiares asumen nuevas responsabilidades para con los demás y con respecto al niño y a la comunidad. La atención materna centrada en la familia reconoce la importancia de estas

nuevas relaciones y responsabilidades y tiene como objetivo obtener el mejor resultado posible en todos los familiares.²²

En la atención prenatal ideal hay tiempo para tratar las inquietudes y angustias de las pacientes en forma individual, esto es imposible en un hospital debido a su gran actividad laboral. He aquí la importancia del papel del médico familiar en mantenerla informada.²⁷

Los médicos familiares han demostrado ser mejores en términos de los resultados médicos, de los costes, de la comodidad y por razones humanísticas, psicológicas y culturales y familiares.³³

1.1.32 Dificultades en la atención del médico familiar.

A pesar de tantas ventajas, es difícil dar marcha atrás en el tiempo. En primer lugar, la información sobre estas ventajas está poco difundida. En segundo lugar, la sociedad que ha venido a confiar enteramente en la maquinaria y la electrónica, en la que la tecnología es lo suficientemente fuerte como para tener su propia inercia. Además la demanda por parte de la sociedad de más tecnología como medio ilusorio de aproximarse a la perfección.

Aquellos médicos de familia que insistan en ir contra las tendencias actuales siguiendo con el ejercicio de los cuidados de la maternidad, lo harán por tres razones: 1) porque es mejor para sus pacientes desde el punto de vista médico. 2) porque es mejor para sus pacientes en términos personales, psicológicos y familiares. 3) debido a razones regionales y geográficas que no dejan otra alternativa.

La apropiada flexibilidad del médico de familia le permite adaptarse a los recursos humanos locales, a las necesidades geográficas, a los requerimientos sociales y a las expectativas. Disminuir el ejercicio de la obstetricia conduce a reducciones recíprocas en la atención sanitaria infantil y, quizá, incluso en la atención de la familia misma.

Si los médicos de familia adoptan la postura de que el esfuerzo es demasiado grande, de que la recompensa es demasiado baja y de que el territorio es sencillamente demasiado complicado, entonces continuarán las actuales tendencias.³³

1.2 Planteamiento del Problema

La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, es un conjunto de reglas, realizadas en común acuerdo por diferentes institutos de salud, que indican los requisitos mínimos de la atención prenatal, que se deben cumplir en cualquier nivel de atención.

No se sabe a ciencia cierta, de que manera se aplica la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, a las pacientes embarazadas que se atienden en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E.

No existe evidencia de alguna evaluación de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, realizada anteriormente en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E.

Durante mis rotaciones por el servicio de Urgencias de Gineco-obstetricia, tuve la oportunidad de darme cuenta, que muchas embarazadas acudían a consulta prenatal por primera ocasión y que se encontraban en etapas muy avanzadas de la gestación o prácticamente en trabajo de parto; algunas presentando múltiples complicaciones que ponían en riesgo al bienestar del binomio materno-fetal. De esta manera, se pierden muchas oportunidades de prevención, tanto de enfermedades como de complicaciones que se pudieron tratar de manera eficaz y rápida en el primer nivel de atención.

También acuden al servicio de urgencias pacientes que ya recibieron atención prenatal en el primer nivel de atención y que no cuentan con una hoja de referencia al servicio de Gineco-obstetricia o de un Carnet de control prenatal, dificultando de esta manera, el saber si tienen alguna patología que pudiera comprometer el embarazo, retrazando como consecuencia la rapidez de la atención, al reinterrogar nuevamente a la embarazada.

Por otra parte, muchas de las embarazadas que acuden a la clínica de medicina familiar, lo hacen con la única finalidad de conseguir la licencia medica de maternidad, asistiendo en el último trimestre de la gestación.

La atención prenatal en el ámbito privado, dificulta en ocasiones, un seguimiento en conjunto ya que al no utilizar un Carnet perinatal o expediente clínico, se desconocen las características del control prenatal que se lleva en dicho nivel.

Otro problema que he visto es la participación de dos o más niveles de atención, en el que participa un médico familiar, un subespecialista y/o un médico particular; y no existe una adecuada comunicación entre los mismos, dificultando además la atención continua en un solo nivel.

La atención que imparten los médicos, no debería de variar durante la atención prenatal, ya que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, se establece un mismo seguimiento a todas las mujeres embarazadas.

1.3 Justificación

Al realizar una adecuada atención prenatal, es posible prevenir complicaciones que pudieran aparecer durante la gestación. Mejorando de esta manera el pronóstico de salud del binomio materno-infantil.

Si se captan a la paciente desde el inicio del embarazo, y de ser posible desde el momento en que la pareja lo planea, es posible llevar a cabo múltiples métodos de prevención.

Cuando acude la pareja con la gestante, es más fácil explicarle a ambos los cambios esperados del embarazo, a la vez que servirá de una red de apoyo importante para el seguimiento del mismo.

Al utilizar un Carnet prenatal es más fácil dar un seguimiento, ya que se puede utilizar en diferentes niveles de atención; lo mismo lo puede utilizar el médico particular, como el subespecialista.

Cuando se fomenta la relación médico paciente, se colabora a mejorar la atención médica, así como los lazos con las redes de apoyo, de esta manera surgirá una confianza básica que tranquilizará en determinadas ocasiones y ayudará a llevar en armonía el periodo prenatal.

Cuando se realiza una atención continua, se favorece el surgimiento de preguntas que aparecen con la evolución del embarazo, de esta manera se permite una enseñanza continua de la embarazada y su acompañante.

Por medio del presente estudio de investigación, se busca generar información valiosa sobre las características de la atención prenatal que imparten los médicos familiares, que puede ser útil, tanto para las autoridades de la clínica, como para los médicos; ya que al conocer las fallas o los aciertos, se puede mejorar aún más la calidad de la atención de las mujeres embarazadas.

1.4 Objetivos

Generales

- Identificar las características de la calidad de la atención prenatal de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”, que ofrecen los médicos familiares en una clínica de Medicina Familiar.

Específicos

- Determinar las características de la atención prenatal que se está brindando a las mujeres embarazadas en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E.
- Conocer si se llevan a cabo las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, durante la atención prenatal.
- Describir si la atención prenatal se realiza de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”.
- Identificar los aspectos de la atención médica en las que existe un adecuado o inadecuado manejo de las mujeres embarazadas, en el 1er nivel de atención.
- Conocer si las mujeres que asisten a control prenatal lo hacen desde el inicio del mismo o en etapas finales.
- Describir el perfil general que tienen las mujeres embarazadas que acuden a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez”.

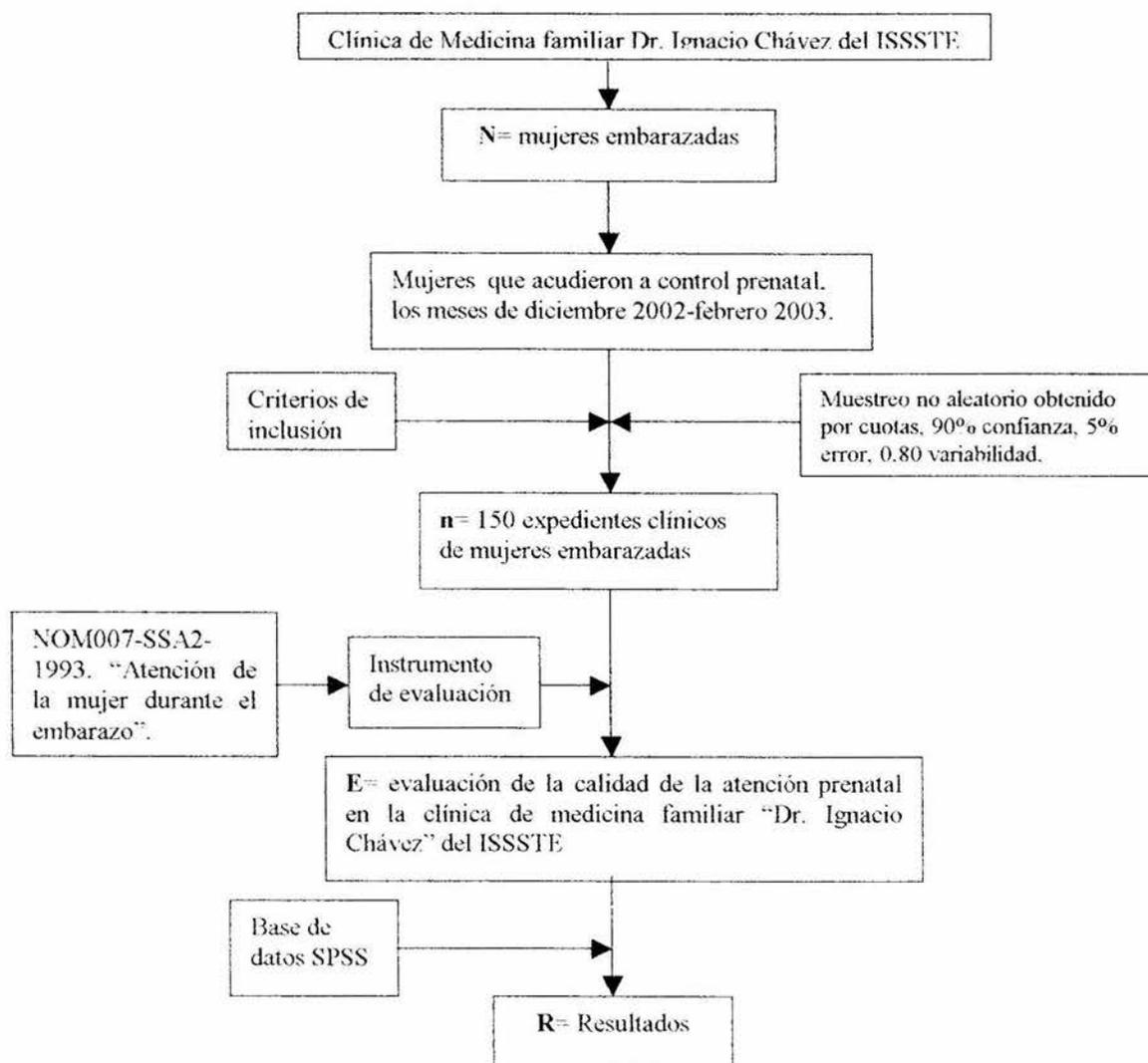
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo: Observacional, Retrospectivo, Descriptivo y Transversal.

2.2 Diseño de investigación del estudio

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio:



N Expedientes de las pacientes que acuden a atención prenatal en los consultorios de la C.M.F Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE.

n Muestra obtenida por cuotas.

E Evaluación de expedientes con el instrumento de evaluación, basado en la norma.

SPSS Programa estadístico V.10.

R Resultados.

En la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E., se tomó como población de referencia los expedientes de las pacientes embarazadas (N), que acudieron a control prenatal a los consultorios, de ambos turnos de trabajo, durante los meses de Diciembre 2002, enero y febrero 2003.

La muestra (n) fue obtenida por cuotas, no aleatoria, de las pacientes que recibieron atención médica y que cumplieron los criterios de inclusión, del estudio.

Se realizó un instrumento de evaluación con 26 variables, tomando como base los criterios y procedimientos para la prestación de servicios, referidos en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”.

Los expedientes fueron evaluados (E) utilizando el instrumento de evaluación.

Finalmente se creó y diseño la base de datos en el programa estadístico SPSS. Se realizó una descripción final de los (R) resultados obtenidos.

2.3 Grupos de estudio.

Población: Expedientes de todas las mujeres embarazadas, que recibieron atención prenatal en los consultorios, de ambos turnos, en una clínica de Medicina Familiar.

Lugar: El estudio se realizó en una clínica de Medicina Familiar, “Dr. Ignacio Chávez”, de la ciudad de México, Distrito Federal.

Tiempo de estudio: Se realizó el estudio en el periodo que comprendió los meses de diciembre del 2002 y enero y febrero del 2003.

2.4 Muestra.

La muestra fue obtenida por cuotas, no aleatoria, que incluyó a todas las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal en los consultorios de ambos turnos de la C.M.F. “Dr. Ignacio Chávez”.

La muestra se calculo con el 90 % de confianza, 5 % de error y 0.80 % de variabilidad y resultados, 173 unidades de muestreo a la cual se agregó 15% mas para asegurar las estimaciones muestrales. La muestra final del trabajo fue de 200 expedientes.

Se realizó una revisión total de 200 expedientes de mujeres embarazadas.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas de cualquier edad, que acudieron a consulta prenatal por lo menos en una ocasión, a la C.M.F. “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E.
- Nombre y registro de mujeres, que aparecieron en la hoja de informe diario del médico, con el diagnóstico de embarazo.
- Registro y nombre legible de pacientes embarazadas, anotadas en las hojas de informe diario de labores del médico clave SM-10-1.
- Mujeres embarazadas que contaron con expediente clínico.
- Mujeres embarazadas con vigencia de derechos actualizada.
- Notas de evolución legibles de atención prenatal en el expediente clínico.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas con registro o nombre incompleto o no legible.
- Mujeres embarazadas con expedientes clínicos no encontrados.
- Mujeres embarazadas que no aparecían con vigencia de derechos.
- Mujeres embarazadas no derechohabientes.
- Notas de evolución ilegibles de atención prenatal en el expediente clínico.

Criterios de eliminación:

- Mujeres embarazadas que aún contando con nombre y registro completo, no se encontró la colonia a la que pertenecían, en el servicio de vigencia de derechos.
- Registro o nombre no coincidente de las pacientes embarazadas, en vigencia de derechos.
- Mujeres embarazadas sin expediente clínico.
- Expedientes clínicos no encontrados, pese a contar con registro, colonia y vigencia de derechos adecuados.
- Expedientes clínicos, que en la nota médica no existía el diagnóstico de embarazo.

2.6 Variables. (Tipo y escala de medición)

En el siguiente cuadro se representa el nombre completo de las variables, el tipo de variables, la escala de medición de cada variable, y los valores que se le dieron a cada variable.

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores que toma la variable o códigos
Número de folio	cuantitativa	continua	Número consecutivo
Nombre de la paciente	cualitativa	nominal	Nombre de la paciente
Edad	cuantitativa	continua	Números enteros
Semanas de gestación	cuantitativa	continua	Números enteros
Número de trimestre	cuantitativa	continua	1= I trimestre 2= II trimestre 3= III trimestre
Registro	cualitativa	nominal	Textual (registro)
Nombre de la colonia	cualitativa	nominal	Colonia
¿Se realizó la Historia clínica completa desde la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿En qué Semana del embarazo recibió la primera consulta prenatal?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Cuál fue el número total de consultas recibidas durante el control prenatal?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Hay evidencia de valoración del fondo uterino a partir de la 12ª semana?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿se escuchó la frecuencia cardíaca fetal a partir de la 18ª semana de embarazo?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿Se midió el peso durante todas las consultas prenatales?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿Se midió la talla desde 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se midió la presión arterial en todas las consultas prenatales?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿En que semana de gestación hay evidencia que se realizó un examen general de orina?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Cuántos exámenes generales de orina se realizó durante el embarazo?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Se realizó determinación del grupo sanguíneo en la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿En qué semana de gestación?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Se realizó Biometría Hemática completa en la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿En qué semana de gestación?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Se realizó Química sanguínea en la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿En qué semana de gestación?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Se realizó VDRI. en la 1ª Consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿En qué semana de gestación?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Se aplicó toxoide tetánico desde la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se administró Hierro oral desde la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí

¿Se administró ácido fólico desde la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se evitó la administración de medicamentos antes de la 14ª semana de embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se registró en las notas de atención prenatal el diagnóstico final integral?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿Se utilizó el Carnet Perinatal para el seguimiento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se reportó Orientación nutricional en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se invitó a la embarazada a acudir con un familiar en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se registro de promoción de la lactancia materna en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se registro orientación sobre planificación familiar en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Se explicaron las medidas de autocuidado en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí
¿Existió referencia del paciente a otro nivel?	cualitativa	nominal	0= No 1= Sí

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

- **Definición conceptual.**

Atención prenatal: Se define como: “un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal”.

- **Definición operativa.**

Las variables consideradas por la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, fueron operativizadas de la siguiente manera: aquellas acciones sí realizadas y encontradas como evidencia en el expediente, fueron positivas, y se les dió la evaluación de sí realizadas; y aquellas no encontradas fueron negativas y se les dió la evaluación de no realizadas.

Hubo variables donde hubo una escala de gradientes, y operativamente se dividió en: nunca, la menor parte de las veces, la mitad de las veces, la mayor parte de las veces y siempre; esto en las variables que tenían que realizarse en más de 2 ocasiones.

2.8 Diseño estadístico.

¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Describir el tipo de atención prenatal que provee el médico familiar, con base en algunos criterios de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.

¿Cuántos grupos se investigaron?

Un grupo, el de expedientes de mujeres embarazadas de cualquier edad.

¿Cuántas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo?

Se realizó una sola medición.

¿Qué tipo de variables fueron medidas y qué escalas de medición se utilizaron?

Se midieron variables cualitativas y cuantitativas y las escalas de medición fueron continuas y nominales respectivamente.

¿Qué distribución tuvieron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas presentaron distribuciones paramétricas.

Las variables cualitativas presentaron distribuciones no paramétricas.

¿Qué tipo de muestra fue la que se investigó?

Una muestra no aleatoria, obtenida por cuotas.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Se diseñó y construyó un instrumento para evaluar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas.

El instrumento se constituyó por 26 variables consideradas por la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.

El instrumento de evaluación se presenta en el anexo 2.

2.10 Método de recolección de datos.

- Previa autorización de los directivos de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E. Se realizó una revisión de las hojas de informe diario de labores del médico clave SM-10-1, de ambos turnos, y de los meses de diciembre del 2002, enero y febrero del 2003, recopilando los nombres y registros de pacientes que tuvieran como diagnóstico principal el de embarazo, independientemente de su edad, sumando un total de 399 pacientes registradas. Se realizó una lista organizada por nombres y registro, en la que al encontrar nombres

y registros repetidos de una misma paciente, solo se incluía uno y se eliminaba el resto.

- Se acudió al servicio de vigencia de derechos, donde con apoyo del personal, se realizó la revisión y búsqueda de nombres y registro de las pacientes, así como para la obtención de la colonia a la que pertenecían. Confirmando un total de 254 derechohabientes con registro vigente.
- En el mes de Junio del 2003, se realizó el registro del trabajo de investigación, con número de registro: 21.2003.
- Con apoyo del personal de archivo clínico, se realizó la búsqueda de expedientes, haciendo una revisión total de 150 expedientes. Se hizo la revisión de los expedientes uno por uno, y se valoraron utilizando el instrumento de evaluación basado en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- La información fué obtenida por el autor del trabajo de investigación, utilizando diferentes consultorios de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”
- Se procesó y almacenó la información en la base de datos del programa estadístico SPSS V.10.
- Se realizó la descripción final de los resultados.

2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.

- Se reconoce que en la investigación hay existencia de sesgos en la selección, debido a que la muestra fue no aleatoria obtenida por cuotas.
- Se mantuvo control en el sesgo de información ya que se hizo una revisión minuciosa de los expedientes clínicos, por el propio autor.
- Se mantuvo control de los sesgos de captura de información, al ser realizada por el autor del trabajo de investigación.

2.12 Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto con 30 expedientes clínicos, con el instrumento de evaluación; los resultados de la misma, sirvieron para identificar los errores o dificultades para el registro de datos, ya que las preguntas eran de tipo abierta, por lo que se cambio a preguntas de tipo cerrada o binominal.

De esta manera, se realizó la corrección del instrumento de evaluación, para facilidad del registro de datos y nueva aplicación.

El formato final del instrumento de evaluación se presenta en el anexo 2.

2.13 Procedimientos estadísticos.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10 con el cual se codificó los datos con códigos numéricos y se realizaron los análisis estadísticos necesarios. El diseño y construcción de la base de datos se realizó de la siguiente manera:

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de la columna	Etiqueta (nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición
8 caracteres	N= numérico S= cadena	Enteros			S= continua o escalar O= ordinal N= nominal
folio	N	3	Número de folio	Número consecutivo de 1 a 150	Escalar
Nombre	S	30	Nombre de la paciente	Textual	N
Edad	N	3	Edad en años	Números enteros	S
Semgest	N	3	Semanas de gestación actual	Semanas enteras	S
Trimestr	N	3	Número de trimestre	1= I 2= II 3= III	S
Registro	S	12	Registro	Textual	N
Colonia	S	30	Nombre de la colonia	Textual	N
P1	N	3	¿Se realizó la Historia clínica completa desde la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Sí	N
P2	N	3	¿En qué Semana del embarazo recibió la primera consulta prenatal?	Número de semana	S
P3	N	3	¿Cuál fue el número total de consultas recibidas durante el control prenatal?	Números enteros	S
P4	N	3	¿Hay evidencia de valoración del fondo uterino a partir de la 12ª semana?	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre	N
P5	N	3	¿Se escuchó la frecuencia cardiaca fetal a partir de la 18ª semana de embarazo?	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre	N
P6	N	3	¿Se midió el peso durante todas las consultas prenatales?	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre	N
P7	N	3	¿Se midió la talla desde 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Sí	N
P8	N	3	¿Se midió la presión arterial en todas las consultas prenatales?	0 nunca 1=la menor parte 2= la mitad de las veces 3= la mayor parte 4= siempre	N

P9	N	3	¿En que semana de gestación hay evidencia que se realizó un examen general de orina?	Numero de semana	S
P10	N	3	¿Cuántos exámenes generales de orina se realizó durante el embarazo?	Números enteros	S
P11	N	3	¿Se realizó determinación del grupo sanguíneo en la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P11.1	N	3	¿En qué semana de gestación? P11	Número de semana	S
P12	N	3	¿Se realizó Biometría Hemática completa en la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P12.1	N	3	¿En qué semana de gestación P12	Número de semana	S
P13	N	3	¿Se realizó Química sanguínea en la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P13.1	N	3	¿En qué semana de gestación? P13	Número de semana	S
P14	N	3	¿Se realizó VDRL en la 1ª Consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P14.1	N	3	¿En qué semana de gestación? P14	Número de semana	S
P15	N	3	¿Se aplicó toxoide tetánico desde la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P16	N	3	¿Se administró Hierro oral desde la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P17	N	3	¿Se administró ácido fólico desde la 1ª consulta prenatal?	0= No 1= Si	N
P18	N	3	¿Se evitó la administración de medicamentos antes de la 14ª semana de embarazo?	0= No 1= Si	N
P19	N	3	¿Se registró en las notas de atención prenatal el diagnóstico final integral?	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre	N
P20	N	3	¿Se utilizó el Carnet Perinatal para el seguimiento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P21	N	3	¿Se reportó Orientación nutricional en algún momento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P22	N	3	¿Se invitó a la embarazada a acudir con un familiar en algún momento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P23	N	3	¿Se registro de promoción de la lactancia materna en algún momento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P24	N	3	¿Se registro orientación sobre planificación familiar en algún momento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P25	N	3	¿Se explicaron las medidas de autocuidado en algún momento del embarazo?	0= No 1= Si	N
P26	N	3	¿Existió referencia del paciente a otro nivel?	0= No 1= Si	N

2.14 Cronograma.

En el siguiente cuadro se esquematiza el orden cronológico de las actividades que se fueron realizando a lo largo del estudio de investigación.

	⁰² Nov	Dic	⁰³ Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	⁰⁴ Ene	Feb
SELECCIÓN DEL TEMA	X															
REALIZACIÓN DEL MAPA CONCEPTUAL		X														
BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA	X	X	X	X												
LECTURA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA		X	X	X	X											
REALIZACIÓN DE MATRICES				X												
CONSTRUCCIÓN DEL BIBLIORATO				X	X	X										
MARCO TEÓRICO					X	X	X									
PLANEACIÓN (MATERIAL Y MÉTODOS)							X	X								
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO							X	X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO							X	X	X	X						
RECOLECCIÓN DE DATOS								X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS											X	X				
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS												X	X			
DISCUSIÓN DE RESULTADOS													X	X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO													X	X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL														X	X	
AUTORIZACIONES															X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL															X	X
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS															X	X

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos, y financiamiento del estudio.

Humanos.

En este estudio participaron varios compañeros de trabajo, un Médico Familiar residente de 2º año en la recolección de nombre y registro de las hojas de registro diario del médico, un encargado de vigencia de derechos en la búsqueda de las colonias a las que pertenecían las gestantes, y tres encargados de archivo para la localización de los expedientes clínicos.

Físicos.

Se utilizaron diferentes áreas, tales como el servicio de vigencia de derechos para la confirmación de registro, nombres de las pacientes y la localización de colonias; archivo clínico para la búsqueda de expedientes y diferentes consultorios para la revisión de expedientes, en la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Materiales.

En cuanto a los recursos materiales se utilizaron:

Una computadora Celeron personal, Windows Millenium, programa estadístico SPSS, Microsoft Office XP, Power Point, Word; 10 disquetes de 3 ½ y 2 CD-ROM de 700MB para el almacenamiento de la información generada, 500 hojas de tamaño carta blancas para impresión, Impresora Lexmark, 5 cartuchos de tinta negra, 5 lápices del 2 ½ con borrador, lapiceros, 200 fotocopias del instrumento de evaluación.

Financiamiento del estudio.

El financiamiento del estudio fue cubierto totalmente por el autor del estudio.

2.16 Consideraciones éticas.

Aspectos éticos y carta de consentimiento.

Este estudio está de acuerdo con los Principios Éticos para las investigaciones Médicas en seres humanos, establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en Junio de 1964 y enmendada en la 52ª. Asamblea General de Edimburgo, Escocia en Octubre de 2000.⁴⁹

Esta investigación considera los siguientes apartados de la declaración:

- Introducción, inciso 1 y 6
- Principios básicos, incisos 10, 14, 16, 20, 21 y 27

El estudio cumple las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1987⁵⁰, en los siguientes títulos:

Título primero, capítulo único, artículo 3° y 7°.

Título segundo, Capítulo 1, Artículos 13°, 16°, 17°, 18°, 20°, 21°.

Título Sexto, Capítulo único, Artículos 113°, 114°, 115° y 116°.

De acuerdo con el Reglamento, esta investigación se clasifica como de Riesgo I (investigación sin riesgo) según a lo indicado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17°: *“Investigación sin riesgo son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se es identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*

En esta investigación se utilizó un instrumento de evaluación, creado por el mismo autor, basado en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. Se solicitó autorización previa a las autoridades de la clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del I.S.S.S.T.E., para la revisión de expedientes y realización del trabajo de investigación.

3. Resultados.

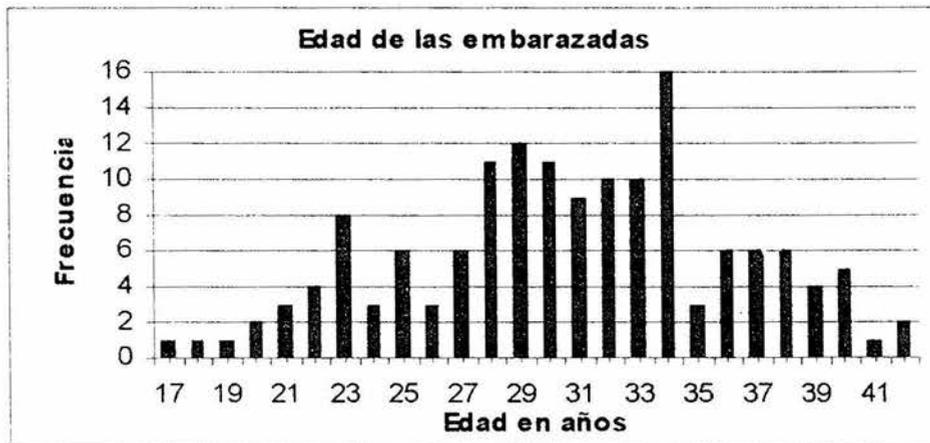
Se realizó una revisión de 150 expedientes clínicos de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal a cualquier consultorio y turno, durante los meses de diciembre de 2002, enero y febrero del 2003, en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, cumpliendo así con el tamaño de la muestra considerada para el estudio. Los resultados obtenidos en cuanto a cada variable se describen a continuación.

3.1 Edad de la paciente embarazada.

Por lo que refiere a la edad, se encontró que el promedio fue de 30.7 años con una desviación estándar de 5.4, una edad mínima de 17 años y una máxima de 42 años.

Es importante destacar que el 2 % de mujeres se encontró entre los 17 y 19 años, el 78 % de todas las embarazadas se encontraban en la edad adecuada para la gestación, es decir entre los 20 y 35 años de edad, además es primordial comentar que hubo un 20 % de mujeres mayores de 35 años, lo cual traduce que fueron considerados embarazos de alto riesgo por la edad de la paciente. En la figura 1 se muestra la distribución de las mujeres estudiadas según su edad.

Figura 1.



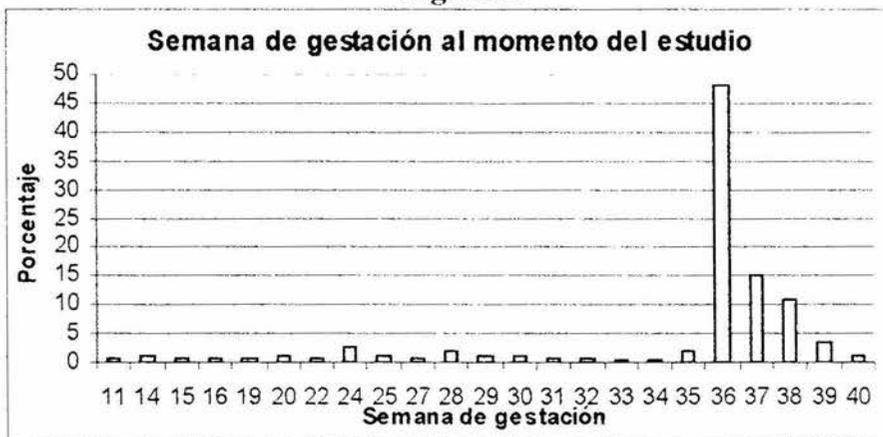
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.2 Semana de gestación en la que se encontraron las embarazadas en el momento del estudio.

Respecto a la semana de gestación en la que se encontró la embarazada en el momento del estudio, la mayor parte de las pacientes se localizó entre las 36 y 39 semanas de embarazo; con menos del 3 % se encontraron embarazos menores de 35 semanas. En la figura 2 se muestra la distribución de mujeres según la semana de gestación al momento del estudio.

Figura 2.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.3. Trimestre de gestación en el momento del estudio.

En la figura 3 se muestra el trimestre de gestación en la que se encontraron las embarazadas en el momento del estudio, se encontró como dato relevante que el 90 % se halló en el tercer trimestre.

Figura 3.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.4 Realización de la historia clínica completa desde la primera consulta prenatal.

En cuanto a la realización de la historia clínica completa, se observó que al 95% de las pacientes embarazadas no se les elaboró, mientras que solo al 5 % sí se les efectuó. (Fig. 4)

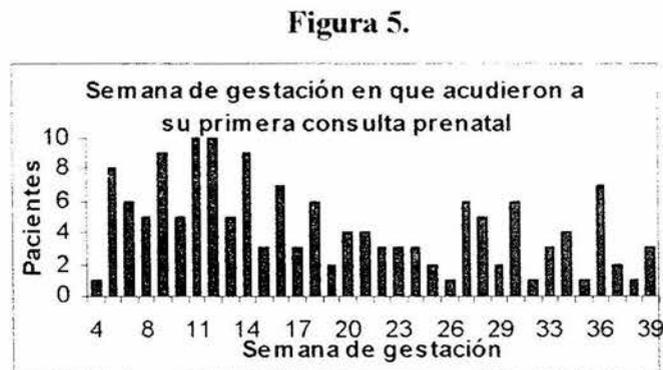


n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.5 Semana de gestación en la que las embarazadas asistieron a su primera consulta prenatal.

En relación con la semana de embarazo en la que acudieron las embarazadas a su primera consulta, en la figura 5 se puede observar la frecuencia con que acudieron a su primer control, donde se observó que en la semana 11 y 12 asistieron con mayor frecuencia con un total de 10 en ambas, seguida de 9 gestantes en las semanas 9 y 14, y solo una paciente en las semanas 4, 26, 32, 35 y 38 de gestación.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.6 Número total de consultas que recibieron las embarazadas durante el control prenatal.

En la tabla 1 se muestra la relación entre frecuencia y el total de consultas prenatales recibidas, por ejemplo, existieron 15 pacientes que recibieron una consulta, hubo 24 embarazadas que recibieron 2, 22 que recibieron 3, etc. Se observó un rango de variación de una sola consulta hasta trece por embarazada, con una media de 4 consultas, y desviación estándar de 2.1.

Tabla 1.

Frecuencia de consultas totales realizadas durante la atención prenatal en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Número total de consultas	Frecuencia	Porcentaje
1	15	10.7
2	24	16.0
3	22	14.7
4	33	22.0
5	24	16.0
6	16	10.7
7	6	4.0
8	4	2.7
9	3	2.0
10	1	0.7
13	1	0.7
Total	150	100

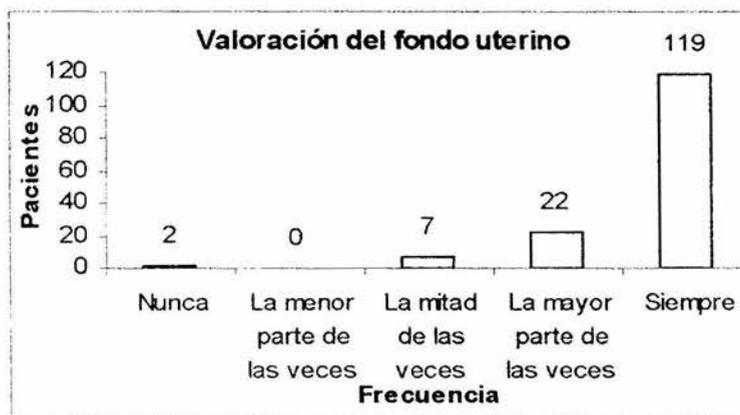
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.7 Valoración del fondo uterino a partir de la semana doce de gestación.

Respecto a la evidencia de la valoración del fondo uterino a partir de la semana 12 del embarazo, en la figura 6, se observa que la evaluación se revisó siempre en un total de 119 pacientes, y nunca en solo 2 pacientes.

Figura 6.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.8 Frecuencia cardiaca fetal auscultada a partir de la semana 18 de gestación.

En la tabla 2 se puede apreciar que la frecuencia cardiaca fetal se escuchó a partir de la semana 18 de gestación siempre en 110 embarazadas, mientras que en 5 nunca se realizó.

Tabla 2.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en las embarazadas que acudieron a control prenatal, en la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	3.3
La menor parte de las veces	1	0.7
La mitad de las veces	8	5.3
La mayor parte de las veces	26	17.3
Siempre	110	73.3
Total	150	100.0

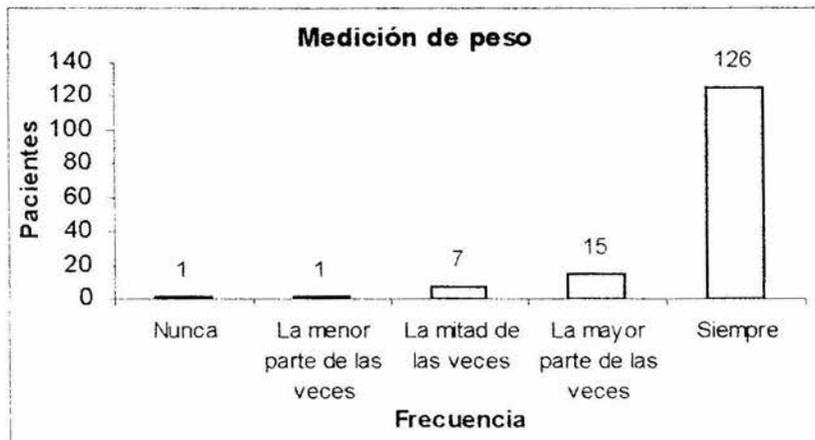
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.9 Medición del peso durante todas las consultas prenatales.

Por lo que respecta a la regularidad con que se midió el peso durante todas las consultas prenatales, predominó siempre la medición en 126 embarazadas, mientras que solo en una paciente se realizó en la menor parte de las veces y nunca. (Fig. 7)

Figura 7.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.10 Medición de talla desde la primera consulta de atención prenatal.

En lo referente a la medición de la talla desde el inicio de la atención prenatal, se observó un 80 % de cumplimiento contra un 20 % de incumplimiento. (Fig. 8)

Figura 8.



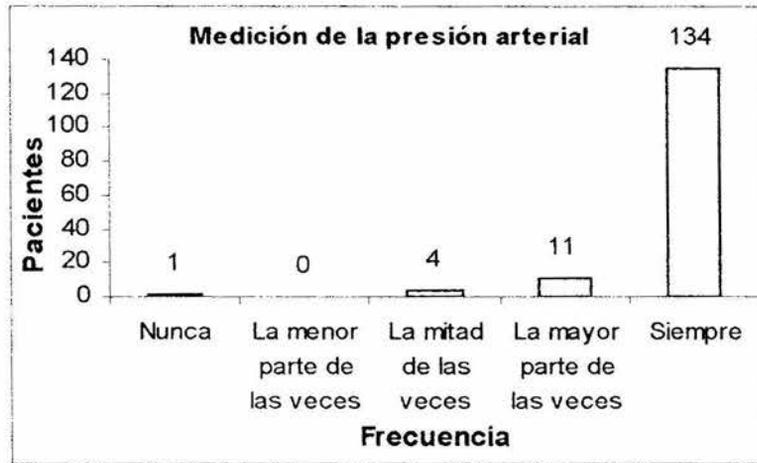
n = 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.11 Medición de la presión arterial durante todas las consultas prenatales.

Con relación a la toma de la presión arterial de las embarazadas durante todas las consultas prenatales, se observa en la figura 9, que en 134 pacientes siempre se les efectuó, a diferencia de 1 paciente a la que nunca se le realizó.

Figura 9.



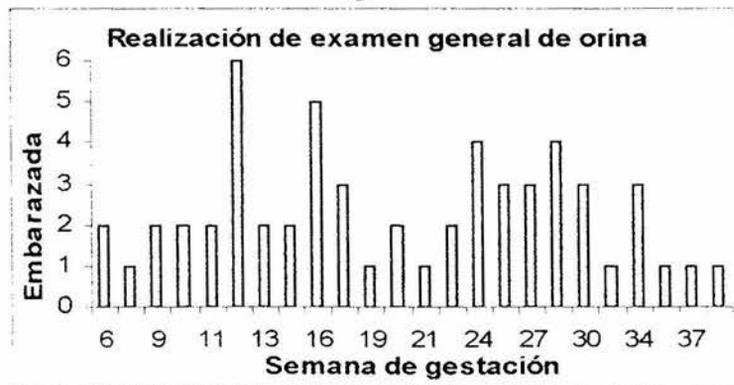
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.12 Semana de gestación en que se realizó el primer examen general de orina.

En la figura 10 se observa la semana de gestación en la que se realizó el primer examen general de orina en relación con el número de embarazadas a las que se les efectuó, se observó la mayor obtención de exámenes en las semanas 12 y 16 de embarazo, con 6 y 5 embarazadas respectivamente.

Figura 10.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.13 Exámenes generales de orina realizados durante el embarazo.

Respecto al total de exámenes generales de orina realizados durante todo el embarazo, predominó un 62 % de embarazadas a las que nunca se les efectuó, mientras que al 35.3 % se les determinó en una ocasión y al 2.7 % en dos ocasiones. (Tabla 3)

Tabla 3.

Número total de exámenes realizados durante la atención prenatal en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Determinación de examen general de orina	Frecuencia	Porcentaje
Nunca realizado	93	62.0
Una vez	53	35.3
Dos veces	4	2.7
Total	150	100.0

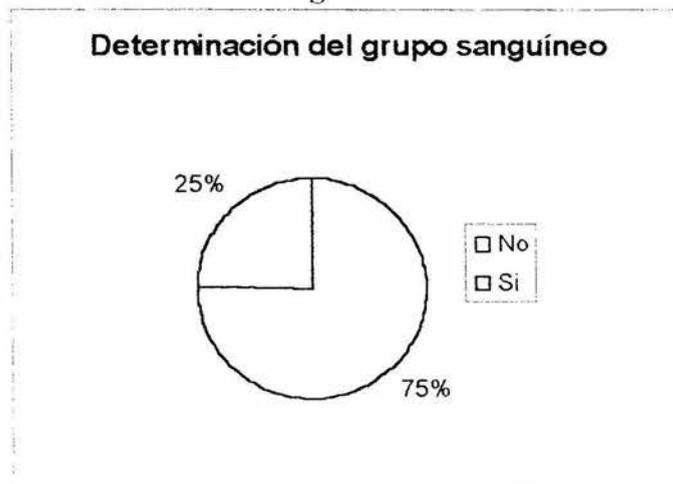
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.14 Determinación del grupo sanguíneo en la primera consulta prenatal.

En lo que refiere a la determinación del grupo sanguíneo desde la primera consulta, se encontró que sólo al 25 % se le realizó, como se observa en la figura 11.

Figura 11.



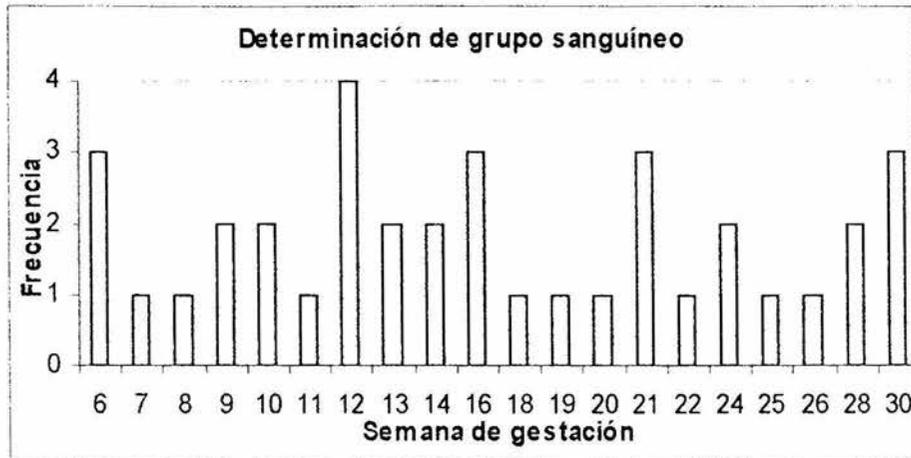
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.14.1 Semana de gestación en que se realizó el grupo sanguíneo.

Con relación a las 37 pacientes que se les determinó el grupo sanguíneo, se observó que la semana 12 fue en la que más se realizaron, con un total de 4 pacientes, se obtuvo una media de 16.7 semanas de gestación y desviación estándar de 7.5. (Fig. 12)

Figura 12.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.15 Realización de biometría hemática completa en la primera consulta prenatal.

En la tabla 4 se señala que existió un porcentaje muy alto de pacientes embarazadas a las que no se les realizó biometría hemática completa, con un total de 102.

Tabla 4.

Determinación de biometría hemática completa desde la primera consulta prenatal, de las pacientes que acudieron a control prenatal en la CMF "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Realización de biometría hemática	Frecuencia	Porcentaje
No	102	68.0
Si	48	32.0
Total	150	100.0

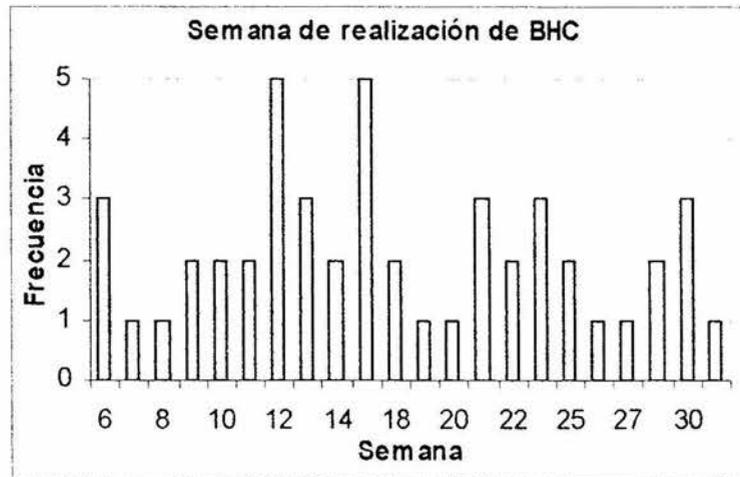
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.15.1 Semana en que se realizó la biometría hemática completa.

De las 48 pacientes embarazadas a las que se les realizó biometría hemática completa, se observó que en las semanas 12 y 16 se realizó con mayor frecuencia con 5 embarazadas en ambas, se obtuvo una media de 17.4 semanas, y 7.4 de desviación estándar. (Fig. 13)

Figura 13.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.16 Realización de química sanguínea desde la primera consulta prenatal.

Respecto a la determinación de la química sanguínea desde la primera consulta prenatal, se puede percibir en la tabla 5, que solo a 47 pacientes embarazadas se les efectuó, mientras que a 103 no se les realizó.

Tabla 5.

Determinación de química sanguínea desde la primera consulta prenatal, en las pacientes que acudieron a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

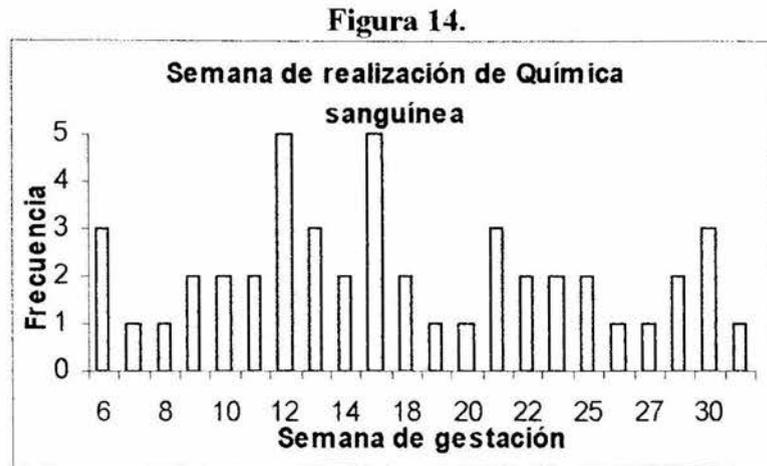
Realización de química sanguínea	Frecuencia	Porcentaje
No	103	68.7
Si	47	31.3
Total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.16.1 Semana de gestación en qué se determinó la química sanguínea.

En la figura 14 se puede observar la semana de gestación en que se realizó la química sanguínea en relación con la frecuencia con que se efectuó.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.17 Realización de VDRL* desde la primera consulta prenatal.

Se puede observar en la tabla 6 que hubo 114 embarazadas a las que no se les realizó determinación de VDRL desde la primera consulta prenatal, contra 36 pacientes a las que sí se le realizó.

Tabla 6.

Determinación de VDRL desde la primera consulta prenatal, en las embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Determinación de VDRL	Frecuencia	Porcentaje
No	114	76.0
Si	36	24.0
Total	150	100.0

*VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

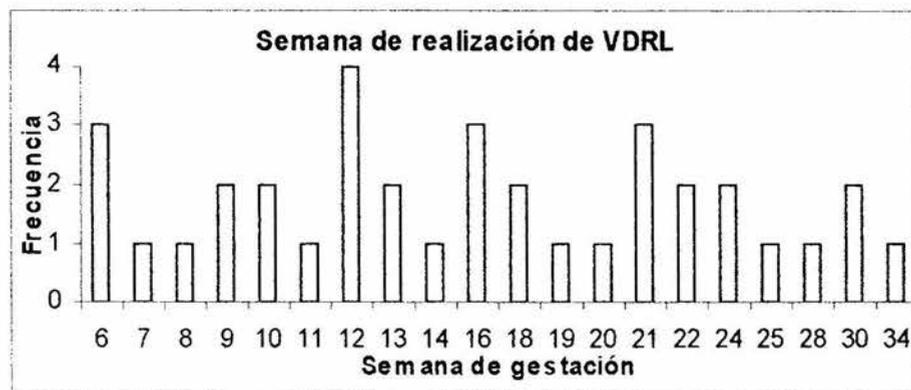
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.17.1 Semana de gestación en que se realizó VDRL.

Existieron 36 pacientes a las que se les realizó VDRL, de estas se encontró que en la semana 12 se realizó con mayor frecuencia su determinación, con un total de 4 ocasiones. Se obtuvo una media de 16.5 semanas con desviación estándar de 7.4. (Fig. 15)

Figura 15.



VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.18 Indicación del toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal.

En la tabla 7 se muestra que solamente a 29 embarazadas se les indicó la aplicación del toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal, mientras que a 121 pacientes no se les sugirió.

Tabla 7.

Indicación del toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal, en las pacientes que acudieron a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez”.

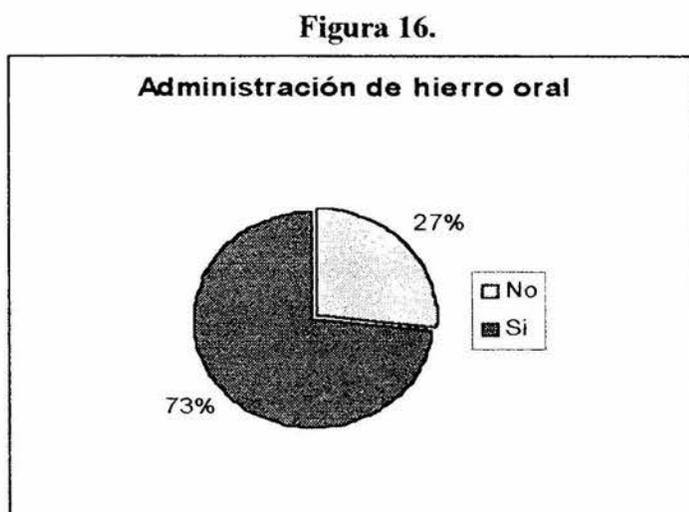
Aplicación de toxoide tetánico	Frecuencia	Porcentaje
No	121	80.7
Si	29	19.3
total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.19 Indicación de hierro oral desde la primera consulta prenatal.

En la figura 16 se muestra la administración de hierro oral desde la primera consulta prenatal, hubo un 73 % de embarazadas que sí se les indicó, al mismo tiempo a un 27 % no se les sugirió.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.20 Indicación de ácido fólico desde la primera consulta prenatal.

En cuanto a la administración de ácido fólico desde el inicio del control prenatal, se detectó que esta no se cumplió en 105 pacientes y solo en 45 sí se realizó. (Tabla 8)

Tabla 8.

Indicación de ácido fólico desde la primera consulta prenatal, en las pacientes que acudieron a la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Administración de ácido fólico	Frecuencia	Porcentaje
No	105	70.0
Si	45	30.0
Total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.21 Se evitó la administración de medicamentos antes de la semana 14 de gestación.

En la figura 17 se observa que existió un 35 % de embarazadas a las que sí se les evitó la administración de medicamentos antes de la semana 14 de gestación, en comparación con un 15 % que no se logró y un 50 % en el que se desconocía su administración.

Figura 17.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.22 Registro del diagnóstico final integral en todas las notas de atención prenatal.

Con respecto al registro del diagnóstico final en el expediente, se observa en la tabla 9 que la variable siempre, obtuvo el mayor porcentaje de realización con 96.7 %.

Tabla 9.

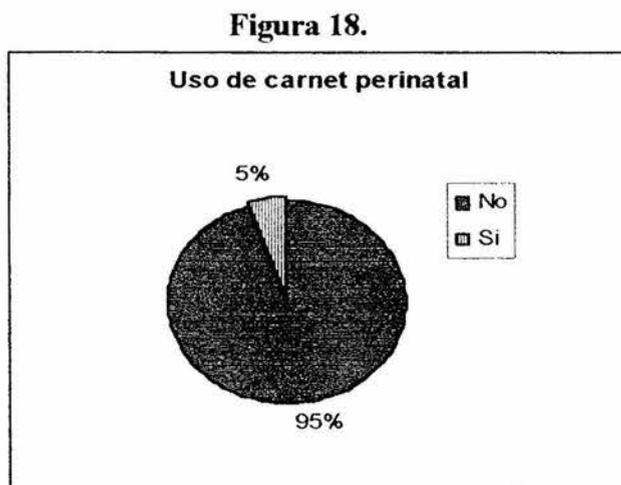
Registro del diagnóstico final	Frecuencia	Porcentaje
La mitad de las veces	2	1.3
La mayor parte de las veces	3	2.0
Siempre	145	96.7
total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.23 Utilización de carnet perinatal durante el control prenatal.

En cuanto al uso del carnet perinatal, prevaleció que el 95 % no lo utilizó durante el seguimiento del embarazo, mientras que solamente el 5% lo utilizó, como se observa en la figura 18.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.24 Registro de la orientación nutricional en algún momento del embarazo.

Con relación al registro de la orientación nutricional cabe señalar, que el 88.7 % si lo realizó en comparación con un 11.3 % que no lo efectuó. (Tabla 10)

Tabla 10.

Orientación nutricional en algún momento del embarazo, en las pacientes que acudieron a la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Orientación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
No	17	11.3
Si	133	88.7
Total	150	100.0

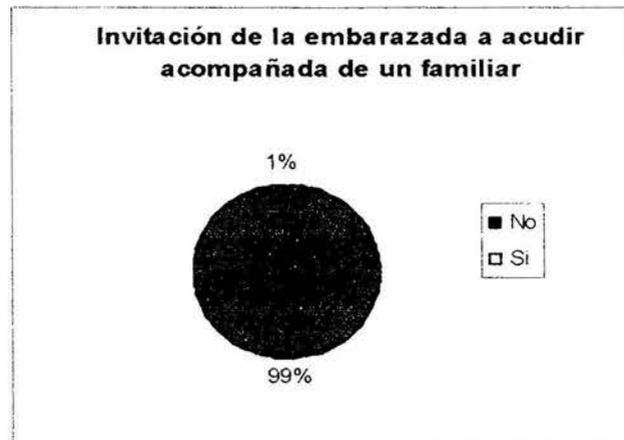
n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.25 Invitación de la embarazada a acudir acompañada de un familiar en algún momento del embarazo.

En lo que refiere a si se invitó a la embarazada a acudir acompañada de algún familiar, se encontró que al 99% de las pacientes nunca se le indicó. (Fig. 19)

Figura 19.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.26 Registro de promoción de la lactancia materna en algún momento del embarazo.

Por lo que respecta al registro de la promoción de la lactancia materna en el expediente clínico, se observó que al 92 % de las pacientes no se les realizó, en comparación con un 8% al que sí se le hizo, como se aprecia en la tabla 11.

Tabla 11.

Promoción sobre lactancia materna en las embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Promoción de lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
No	138	92.0
Si	12	8.0
Total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.27 Registro de orientación sobre planificación familiar en algún momento del embarazo.

En lo que concierne al registro de orientación sobre planificación familiar en el expediente clínico, hubo un 89 % que no lo realizó, frente a un 11 % que sí lo hizo. (Fig. 20)

Figura 20.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.28 Explicación de medidas de autocuidado en algún momento del embarazo.

Como se exhibe en la tabla 12, la explicación de las medidas de autocuidado, se registraron en el expediente clínico en el 89.3 %, en tanto que un 10 % no lo realizó.

Tabla 12.

Explicación de las medidas de autocuidado en las pacientes embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

Medidas de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
No	16	10.7
Si	134	89.3
Total	150	100.0

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.29 Referencia de la paciente a otro nivel.

La variante, referencia de la paciente embarazada a otro nivel de atención, se observa en la figura 21, que el 81 % lo realizó mientras que solo el 19 % no lo hizo.

Figura 21.



n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación "Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención"

3.30 Perfil general y características de la atención prenatal de las pacientes.

En la tabla 13 se exponen algunas características generales de las pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal.

Tabla 13.

Perfil general y características principales de las embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSTE.

Características	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar	Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993
Edad en años de la paciente	17.0	42.0	30.6	5.4	20-35 años
Semanas de gestación al momento del estudio	11.0	40.0	34.3	5.5	-----
Semana del embarazo en la que recibió la primera consulta prenatal	4.0	39.0	18.7	9.7	Antes de las 12 semanas de gestación
Total de consultas recibidas durante el control prenatal	1.0	13.0	4.0	2.1	Mínimo 5 consultas
Semana de gestación en la que se realizó el primer examen general de orina	6.0	39.0	20.3	8.7	Primeras 12 semanas de gestación
Total de exámenes generales de orina realizados durante el embarazo	.0	2.0	.4	.5	5
Semana de gestación en la que se determinó el grupo sanguíneo	6.0	30.0	16.7	7.5	Primeras 12 semanas de gestación
Semana de gestación en la que se determinó biometría hemática completa	6.0	34.0	17.4	7.4	Primeras 12 semanas de gestación
Semana de gestación en la que se realizó la química sanguínea	6.0	34.0	17.2	7.5	Primeras 12 semanas de gestación
Semana de gestación en la que se realizó la prueba de VDRL	6.0	34.0	17.5	7.4	Primeras 12 semanas de gestación

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

3.31 Perfil general de las pacientes embarazadas antes y después de la semana 20 de gestación.

Se realizó la determinación de las características propias de las embarazadas, dividiendo a las mujeres en dos grupos: aquellas que acudieron a control prenatal antes de la semana 20 y las que acudieron de la semana 21 a la 40 de gestación, encontrando las siguientes diferencias: en promedio recibieron su primer control prenatal en la semana 12 y 29.6 respectivamente, el número promedio de consultas recibidas fue de 4.8 en el primer grupo y 2 en el segundo, la realización del primer examen general de orina fue de 17 semanas en el primero y 27 en el segundo, la determinación del grupo sanguíneo, VDRL y química sanguínea fue de 12 semanas en el primero y 25 en el segundo en promedio. (Tabla 14)

Tabla 14.

Características de las embarazadas según las semanas de gestación en que acudieron a control prenatal en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Características de las embarazadas	Embarazadas que acudieron antes de la semana 20	Media	Embarazadas que acudieron de la semana 21 a la 40	Media
Edad en años de la paciente	93	30.7	57	30.4
Semana de gestación en que se revisó el expediente	93	33.3	57	36.0
Semana en que recibió su primera consulta prenatal	93	12.0	57	29.6
Total de consultas recibidas durante el control prenatal	93	4.8	57	2.5
Semana de realización de su primer examen general de orina	40	17.4	17	27.2
Exámenes generales de orina realizados en total	93	.4	57	.2
Semana de realización del grupo sanguíneo	24	12.0	73	25.3
Semana de realización de la biometría hemática completa	93	.3	57	.3
Semana de realización de la química sanguínea	30	12.5	17	25.7
Semana de realización del VDRL	24	12.2	12	25.1

n= 150 expedientes clínicos.

Fuente: Revisión de expedientes clínicos, realizados durante la investigación “Calidad de la atención prenatal por el médico familiar, en el primer nivel de atención”

4. Discusión.

En cuanto a los datos encontrados en el estudio se menciona lo siguiente:

Respecto a la edad de la embarazada, se puede observar que aún existen pacientes mayores de 35 años y menores de 20 años con el riesgo que esto conlleva, dentro de las posibles causas esto puede deberse a la falta de una cultura gestacional o información de las pacientes sobre la edad apropiada para el embarazo, esto en parte debido a la actitud del médico o al desinterés de la gente.

La realización de la historia clínica completa debe realizarse desde la primera consulta como lo refieren distintos autores^{1,2,3,7,8,9,38}, sin embargo en este estudio se detectó que un gran porcentaje no la realizó, esto pudo deberse a la “falta de tiempo” referida por algunos médicos sobre todo de aquellas instituciones en las que presentan gran demanda de pacientes, o a la falta de interés por parte del médico. Se debe tomar en cuenta la importancia que tiene su realización, ya que da la pauta en cuanto a un buen seguimiento de la embarazada o a su derivación oportuna. Este hecho puede ser muy cuestionado en relación con la calidad de la atención, ya que se considera el principio de una buena atención prenatal.

En relación con la semana de gestación en que deben recibir la primera atención prenatal, la Norma Oficial Mexicana de atención de la embarazada⁸, refiere debe realizarse en las primeras 12 semanas de embarazo, en tanto Kochenour³, dice que debe comenzar antes de la concepción o en el momento en que se planea³⁸, aún así un gran porcentaje acudió después de las semanas recomendadas, momento en el que ocurre la organogénesis, parte cardinal de la gestación.

Causa probable de esto puede ser la falta de información prenatal dirigida hacia la población en general, el desinterés de la población por la idea de que el embarazo es una situación normal o en el caso de las adolescentes el miedo a ser descubiertas.

En relación con el número total de consultas prenatales que deben recibir las embarazadas, la norma oficial⁸ refiere un mínimo de 5 consultas, sin contar las interconsultas con el ginecoobstetra que refiere Batalla³⁸, en el estudio se encontró una variación importante, esto pudo ser debido a que muchas embarazadas acuden en el último trimestre del

embarazo solo para obtención de la licencia de maternidad o por el pase al hospital para atención del parto, de tal manera que no se puede realizar el total de consultas esperadas. Otra causa encontrada durante la realización del estudio fue que muchas pacientes acudieron con otro médico, particular u otra institución, por lo que asistían de manera irregular, y probablemente si cumplieron con el número determinado de consultas. Sin embargo, hubo otras pacientes que asistieron en semanas iniciales del embarazo y dejaron de acudir, esto pudo ser originado porque no se les insistió en la importancia de acudir constantemente a su control prenatal, desinterés de la paciente o alguna complicación que haya suscitado su asistencia a otro nivel de atención médica. También se observó una paciente que tuvo un total de 13 consultas prenatales, con varias complicaciones y diversas interconsultas, sin embargo continuaba asistiendo a la clínica de medicina familiar, hasta que finalmente fue enviada al nivel de atención adecuado, esto tal vez suscitado por un mal seguimiento o a una derivación demorada a otro nivel.

La valoración del fondo uterino debe realizarse a partir de la 12^a semana de gestación^{1,8}, ya que orienta de manera indirecta sobre el crecimiento fetal intrauterino y puede detectar posibles patologías. En el estudio se encontró un gran porcentaje de casos que no se encontró reseñado, lo cual pudo ser debido a que dicha valoración no se efectuó, no se registró o deberse a causas maternas que contraindicaron su ejecución.

La frecuencia cardiaca fetal se puede escuchar a partir de la semana 18 de gestación con el estetoscopio de pinard, según la norma oficial mexicana de atención a la embarazada⁸, sin embargo algunos autores^{6,8} refieren que se puede escuchar hasta la semana 20. En este estudio se tomó como referencia la auscultación a partir de la semana 18, sin embargo, algunos médicos no lo cumplieron pese a que la embarazada tenía semanas de embarazo adecuadas para su auscultación, el origen de esto pudo ser la auscultación difícil de realizar y como consecuencia que se haya omitido el dato, la posibilidad de que se haya efectuado pero que no se registrara en el expediente, o que realmente no se haya realizado.

La medición del peso se debe realizar en todas y cada una de las consultas prenatales^{8,38}, sin embargo, no se realizó en un gran porcentaje. Una fuente de esto puede ser la falta de

equipo adecuado, falta de personal de apoyo que lo realice, el olvido, o simplemente la desidia por parte del médico de realizarlo. Cabe aquí resaltar la importancia del equipo de enfermería como personal de apoyo en el control prenatal.

Igualmente la talla es otro punto importante para el seguimiento de la atención prenatal que debe realizarse desde la primera consulta⁸, es importante resaltar que en la revisión, se encontraron algunas notas médicas que no reportaron la talla en la primera consulta pero si en las siguientes, en este estudio se tomó solamente su presencia en la primera consulta. El origen pudo ser la falta de recursos materiales o físicos para su realización, además del desinterés del médico.

La medición de la presión arterial durante todas las consultas prenatales⁸, es un recurso necesario y elemental para el seguimiento prenatal apropiado, ya que su alteración puede dar la pauta para un envío urgente y oportuno a un segundo nivel, por lo que es sumamente importante su realización. La falta de realización pudo ser consecuencia de la carencia de recursos o recursos inadecuados, o la propia apatía del médico, aquí nuevamente resalta la participación del personal de enfermería.

La Norma Oficial Mexicana⁸ refiere la realización de EGO, en al menos 5 ocasiones. En el estudio un porcentaje elevado no lo realizó. Las causas probables por las que no se cumplió pudieron ser: que el médico lo solicitó y la paciente por alguna causa no se lo realizó, que la paciente se lo realizó y que no lo llevó con el médico, o que lo utilizó con un médico ajeno a la institución, o que se llevara el resultado al momento de su envío a otro nivel para acelerar su diagnóstico y tratamiento. En fin en este estudio solo se tomó como positivo, cuando hubo registro textual o evidencia del resultado del estudio en el expediente.

La determinación del grupo sanguíneo, biometría hemática, y VDRL, deben realizarse desde la primera consulta prenatal¹⁸, son variables que no se cumplieron en un gran porcentaje del estudio. Se debe recordar la importancia de la realización de estos estudios de laboratorio que pueden pronosticar una posible evolución del embarazo, descartar o

confirmar patologías, y en caso necesario realizar la oportuna derivación de la paciente a otro nivel. Dentro de las posibles causas, además de las referidas para el examen general de orina, se pueden agregar también que las embarazadas acudieron en etapas avanzadas del embarazo y fue difícil realizárselos, que acudieron en una ocasión y no regresaron nuevamente a revisión, la falta de recursos en el laboratorio o que simplemente la paciente no se los realizó.

Con relación al toxoide tetánico la norma oficial mexicana⁸, refiere su aplicación desde el primer contacto con la paciente además de su aplicación subsecuente. En el estudio se encontró la ausencia de aplicación en un gran porcentaje, esto puede ser explicado en parte porque en el expediente clínico no se registró la indicación y tal vez si se halla realizado, o que tal vez la paciente ya se hubiera aplicado el toxoide pero que no lo refirió al médico. Existe un sesgo de información, debido a que el registro en el expediente de la indicación del toxoide tetánico, no precisamente indica su ejecución.

La administración de hierro y ácido fólico^{8,9,38} se debe recomendar desde el inicio del embarazo, sin embargo, en el estudio se percibió un diferencia de administración de 2:1 respectivamente, y el ácido fólico con un escaso porcentaje de indicación. Sin embargo se observó que existe carencia de los mismos en la institución sobre todo del ácido fólico, por lo que la indicación en el expediente no indica en realidad que las pacientes lo hayan consumido, y por el contrario que pese a la existencia de hierro en la farmacia un porcentaje de médicos no lo indicó. Es posible también que no se haya registrado su indicación o que en realidad no lo haya indicado.

En cuanto a si se evitó la administración de medicamentos antes de la semana 14 de gestación recomendado por varios autores^{7,8,38} excepto cuando este bien documentado su uso. Se observó durante el estudio que un gran porcentaje no lo realiza esta indicación, en comparación con quienes sí lo hacen. Existió una variación en la cual se desconocía si se había evitado la administración de medicamentos, ya que las pacientes se presentaron en etapas tardías del embarazo, o habían acudido con otro médico durante las etapas iniciales de gestación y se desconocía su seguimiento.

El registro del diagnóstico final integral en el expediente, debe contener las características mencionadas por Gonzalez⁷, en el estudio un gran porcentaje de médicos lo registro adecuadamente, no con todas las características que se indican pero sí en su mayoría, aquellas notas en las que no se refería ningún diagnóstico se estimó como no realizado.

La utilización de carnet perinatal^{8,19,23,24} referido como una herramienta de registro clínico informático para el seguimiento de la calidad de la atención prenatal, no se utilizó en un gran porcentaje, esto debido probablemente a falta de insumos, falta de disponibilidad de la misma durante la consulta, o también por la falta de interés en la realización por parte del médico.

El registro de orientación nutricional durante la atención prenatal^{1,2,7,11} debe realizarse si se toma en cuenta las posibles repercusiones que puede tener sobre el embarazo, en la revisión se encontró un gran porcentaje de médicos que sí lo realizó, la parte que no lo hizo pudiera ser causa de olvido al momento de registrarlo o que en realidad no lo hizo.

La invitación de la paciente a acudir acompañada de un familiar en algún momento del embarazo^{6,8,13,14} es de suma importancia si se puede utilizar de red de apoyo a algún familiar. En la revisión encontramos que casi la totalidad de los médicos no lo realiza, esto probablemente por el desconocimiento de esta indicación.

La promoción de la lactancia materna^{8,16,17,18,19} se debe realizar en algún momento del embarazo, ya que es considerado uno de los objetivos principales del programa de embarazo. Se encontró que un alto porcentaje no lo realizó, esto también puede ser causado por el desconocimiento del médico de los programas, también que no se haya referido en las notas médicas o en realidad porque no se realizó.

El registro en el expediente sobre orientación acerca de planificación familiar en algún momento del embarazo^{8,19,20,22}, se debe realizar para evitar periodos intergenésicos cortos, embarazos no deseados o simplemente no esperados, debiendo hacerse mayor énfasis a las pacientes con antecedente de embarazo de alto riesgo. En el estudio se encontró que la gran

mayoría de los médicos no lo realizó, esto puede ser causa del desconocimiento de esta regla, desinterés por parte del médico o de la embarazada o de ambos, que no se registró en el expediente o realmente no se realizó la orientación.

La explicación de medidas de autocuidado^{2,7,8,9,12,37,38} obtuvo un porcentaje sobresaliente, esto debido en parte a la constante información solicitada por las embarazadas, y la iniciativa propia del médico.

La referencia de las pacientes a otro nivel de atención ocurrió en un gran porcentaje, en algunas ocasiones como consecuencia del riesgo obstétrico detectado^{1,12,15,21,22} en otras ocasiones como interconsulta a ginecoobstétricas como lo refiere Batalla³⁸ o cuando se envía a un segundo nivel para atención del parto. Durante el estudio encontramos que el 80 % de los médicos refirieron a un segundo nivel en algún momento del embarazo. En el 20% restante que no existía referencia puede ser explicado por la atención de la paciente en otra institución, en el ámbito privado o por causas fuera del alcance de los médicos.

En la comparación realizada de los dos grupos de embarazadas, se observó que hay diferencia, dependiendo de la etapa del embarazo en que acuden las pacientes, lo que apoya la idea de que entre más temprano se inicie el control prenatal, mejor puede ser el resultado obtenido para el binomio madre-hijo, y como resultado se puede mejorar la calidad de la atención prenatal.

Es conveniente aceptar las posibles limitaciones del estudio, ya que existió sesgo en la información y obtención de los datos del expediente, como resultado de una nota médica incompleta, en la que el médico pudo haber omitido conciente o inconscientemente algunos actos realizados durante la atención prenatal, lo que sugiere la estructuración de la nota médica en cuanto a los requerimientos mínimos que debe contener para un seguimiento apropiado.

5. Conclusiones.

En el presente trabajo, se pudieron identificar las características principales de la atención que el médico familiar, brinda a las pacientes embarazadas tomando en cuenta las variables propuestas por la norma oficial mexicana 007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”.

En particular, la mayoría de los médicos familiares realizaron las siguientes recomendaciones: ofrecieron un número promedio de 4 consultas por paciente, la mayoría realizó la medición de la altura del fondo uterino, auscultó la frecuencia cardíaca fetal, midió el peso y la talla, administró hierro suplementario, realizó el diagnóstico final integral, explicó las medidas de autocuidado y proporcionó orientación nutricional.

En otros aspectos, los médicos familiares cumplieron de manera parcial algunas recomendaciones de la norma, al realizar la determinación de Biometría hemática completa, química sanguínea, grupo sanguíneo, examen general de orina y ocasionalmente el VDRL.

Los aspectos en los cuales los médicos ocasionalmente cumplieron las indicaciones señaladas por la norma podemos mencionar: la historia clínica completa, aplicación del toxoide tetánico, administración de ácido fólico, uso del carnet perinatal, invitación de la embarazada a acudir acompañada de algún familiar, promoción de la lactancia materna y orientación sobre planificación familiar.

La evaluación final de las variables indica por lo tanto, que la atención prenatal solo se desempeña de manera parcial.

En relación con la asistencia de la embarazada a su primer control prenatal, se observó que en promedio acude en la semana 18 de embarazo y que aproximadamente por cada trimestre de gestación acudió una tercera parte del total de las gestantes.

Finalmente se encontró que el perfil de atención de la embarazada fue: la edad promedio de las pacientes que acudieron a control prenatal de 30 años, en la semana 18 recibieron su primera consulta de atención prenatal, el número promedio de consultas recibidas por paciente fue de 4, las pacientes a las que se les realizó examen general de orina se hizo en la semana 20 de gestación, con una variación de uno a dos exámenes por embarazada; a las pacientes que se les determinó grupo sanguíneo y VDRL se les realizó en la semana 16; y la biometría hemática y química sanguínea se les realizó en la semana 17 de gestación en promedio.

Cabe señalar que un gran porcentaje de las pacientes que acudieron a su primer control prenatal lo hacían en las etapas finales del embarazo para solicitar la licencia médica de maternidad o para pedir el pase de atención del parto, por lo que el 80 % de las embarazadas fue referida a un 2º nivel, en algunas ocasiones debido a complicaciones de tipo obstétricas o maternas y en otras para atención del parto.

En algunas ocasiones se encontró a embarazadas que llevaban varias consultas de atención prenatal, sin embargo, no se encontraban bien controladas y finalmente eran enviadas a un segundo nivel con una o varias complicaciones, tal vez de haberse seguido las indicaciones de la norma en forma adecuada, las condiciones del binomio madre-hijo hubieran sido mejores. Conviene recordar las limitaciones propias del primer nivel de atención y no aferrarse a tratar de dar una atención que puede salirse de las condiciones esperadas o deseadas.

Un hecho importante detectado en algunas ocasiones, es que se encontró en el expediente clínico copias de notas médicas de nivel privado o de laboratorios particulares por lo que asistían de manera irregular, o simplemente al final del embarazo para solicitar la licencia prenatal, esto puede deberse a las siguientes causas: porque no se establecía una adecuada relación medico-paciente, no existía la confianza por parte de la paciente para volver a acudir, causas laborales de la paciente que dificultaban su asistencia, la existencia de algún prejuicio o la falta de un médico permanente para su atención.

En otras ocasiones las embarazadas eran atendidas en un segundo nivel, y además acudían con el médico familiar, pero en el expediente no existía alguna hoja de contrarreferencia, desconociéndose de esta manera el seguimiento que se llevó en aquel nivel de atención, esto puede indicar la falta de comunicación entre los diferentes niveles o médicos que la atendieron.

Finalmente llama la atención, el registro de pacientes embarazadas en las hojas diarias de los médicos, que al buscarlas en vigencia de derechos no existían, o al tratar de localizar los expedientes clínicos de las pacientes estos no aparecían, esto probablemente por que no tenían vigencia de derechos o que no se les realizó la apertura de expediente en su primera consulta.

Si bien, el estudio abarca algunos aspectos de la evaluación de la calidad de la atención prenatal, esta puede ser indispensable para detectar fallas y aciertos, para obtener de esta

forma puntos de partida para tratar de mejorar la calidad de la misma; no se busca criticar negativamente la atención que imparte el médico familiar, sino mas bien tratar de colaborar en el progreso de la calidad de la atención prenatal.

La intención por mejorar la calidad de la atención prenatal, no termina con la simple evaluación, sino mas bien la evaluación será la parte inicial de la búsqueda del progreso de la misma a través de acciones de salud específicas.

Si se toma en cuenta que el médico familiar tiene en sus manos la formación de un nuevo ser que se integrará a una sociedad, y que en un futuro formará parte inicial de otra nueva familia, es importante que este nazca con todas las posibilidades y recursos para poder desenvolverse en cualquier medio y con todas las probabilidades de éxito.

El médico familiar debe participar en la prevención primaria brindando orientación y educación sexual sobre el embarazo, desde la adolescencia, en mujeres en edad fértil o en pacientes con planes de embarazo en un futuro.

Se puede recomendar a los médicos que al recibir a las embarazadas en etapas iniciales de la gestación, enfatizen sobre la importancia de la asistencia periódica y constante a sus consultas de atención prenatal, además de la formalización de un plan de citas, esto se puede lograr a través de la información detallada que se proporcione a la paciente, consiguiendo así la prevención secundaria.

La calidad no se imparte basándose en los nuevos recursos tecnológicos que van surgiendo, sino mas bien por la eficacia y eficiencia con que se práctica la medicina familiar, cuya base es la relación médico paciente y la atención integral de las pacientes, con pocos recursos, se puede lograr una excelente atención. Los médicos familiares tienen la posibilidad de dar una buena calidad de atención aún con pocos recursos, el campo en que se desenvuelven les da la posibilidad de recomendar un sin fin de tácticas para dar un adecuado soporte a la atención prenatal. En realidad la calidad está en la manera en que se trata a las pacientes, en la importancia que se le otorgue a la atención médica y en proporcionar un adecuado seguimiento. Es igualmente importante la apropiada preparación del médico y la ambición de ser mejores cada día para servir a la comunidad y procurar los máximos beneficios para la salud.

6. Referencias.

1. Espinosa SV, Azcarate SS, Cerna, RJ. Vigilancia Prenatal. PAC GO-1. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. Editores Intersistemas. 1998; [citado en Mayo 2003]; [30 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.drscope.com/pac/ginecobs/o1/o1_pag15.htm.
2. Benson RC, Pernoll ML. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª Edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México.1994. p. 108-153.
3. Kochenour NK, Scott JR, DiSaia PJ. Cuidados Prenatales y embarazo normal. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. U.S.A. 1994. p. 127-164.
4. McFee JG, Frederickson HL, Wilkins-Haug L. Cuidado prenatal amplio. Secretos de la Ginecoobstetricia. 2ª Edición. Mc Graw-Hill. México. 1999. p. 182-191.
5. Goberna TJ, García RP, Gálvez LM. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Aten Primaria. 1996; 18(2): 75-78.
6. Zárate M, Rubistein A, Terrasa S. Seguimiento del embarazo normal. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2001. p. 499-510.
7. González GA, Núñez ME, Ablanado J. Atención Prenatal. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. no 3 del I.M.S.S. 3ª Edición. Editorial Méndez Editores. México. 1998. p. 85-101.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaria de Salud, México. 1993.
9. Pernoll ML, DeCherney AH, Taylor CM. Embarazo normal y cuidados prenatales. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. 7ª Edición. Manual Moderno. México. 2000. p. 217-240.
10. Ribas J, Sánchez RJ, Vanrell JA. Exploración de la embarazada. Métodos de diagnóstico. Obstetricia de González JM. 3ª Edición. Editorial Salvat. Barcelona, España 1988. p. 166-197.

11. Brian WJ, Culpepper L. Atención previa a la concepción. Medicina de Familia. Principios y Práctica. 5ª Edición. Ediciones DOYMA. Barcelona, España. 1999. p. 80-90.
12. Williams, Cunningham. Antepartum: manejo del embarazo normal. Cuidado prenatal. Obstetricia. 20ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid España. 1998. p. 209-227.
13. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70: 28-35.
14. Ortigosa CE, Padilla JP, López OR. Diseño y evaluación de un curso educativo dirigido a madres de adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México. 2001; 69: 363-370.
15. Botella LJ, Clavero NJ. Conducta del médico ante un embarazo normal. Tratado de Ginecología. 14ª Edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1993. p. 191-197.
16. García MR, Sagredo LA. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia materna. Aten Primaria. 2002; 29(2): 79-83.
17. Díaz BJ, García MP. Evaluación de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio. Aten Primaria. 1989; 6(4): 226-232.
18. Dueñas HR, Mitsuf GM, Martínez IJ. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. Aten Primaria. 1997; 19(4): 188-194.
19. Control Materno Perinatal. [citado en 2003 Mayo 23]; [1 pantalla]. Disponible en: URL: <http://www.minsa.gob.pe/dpspl/ipe.htm>
20. Díaz A. Control Prenatal. [citado en 2003 Mayo 23]; [1 pantalla]. Disponible en: URL: http://www.medicina.8m.com/Central/ginobs/control_prenatal.htm
21. Aguilar MV, Muñoz SR, Velasco VJ. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Práctica Médica Efectiva. 2001; 3(9): 1-3.
22. Scherger JE, Elizondo MV. Embarazo y parto normales. Medicina de Familia. Principios y práctica. 5ª Edición. Editorial DOYMA. Barcelona, España. 1999. p. 91-99.

23. Simini F, Fernández A, Sosa C. Sistema informático perinatal. Latencia de incorporación e impacto en el registro clínico perinatal. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2001; 69: 386-389.
24. Sandoval PA, Andrade HJ, Cordero SG. Calidad del proceso de información en atención prenatal. *Rev Med IMSS (Méx)* 1996; 34(2): 165-168.
25. Control Prenatal. [citado en 2003 Mayo 23]; [1 pantalla]. Disponible en: URL: http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html
26. Hernández VM, Carrillo PA. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnóstico de hiperglucemia. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2002; 70: 592-596.
27. Stanley GC, Jonh RN. Embarazo Normal. Manual de Obstetricia y Ginecología. 11^a Edición. Manual Moderno. México. 1991. p. 12-26.
28. Pereira LS, Lira PJ, Ahued AR. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2002; 70: 270-274.
29. Marín GH, Fazio P, Rubbo S. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Aten Primaria*. 2002; 29(3): 158-163.
30. Sánchez GR, Álvarez NR, Aroca CM. Control de calidad el seguimiento del embarazo normal en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 27(8): 537-541.
31. Bailón E, Delgado A, Montoro R. Eficacia de la auditoría en la mejora de un Programa del Control de Embarazo. *Aten Primaria* 1992; 9(2); 85-88.
32. Martínez GL, Reyes FS. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx*. 1996; 38: 341-351.
33. Klein M. La efectividad de los cuidados de maternidad en la medicina familiar. Una visión de las diferentes culturas y entornos. *Clinicas de atención primaria*. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid. 1993; vol 3. p. 623-636.
34. Vega VG. Evaluación de la atención materno Infantil en cinco unidades de Medicina Familiar. *Salud Pública Méx*. 1993, 35(3): 283-287.
35. Valderrama VF. Control Prenatal. [citado en 2003 Mayo 23]; [1 pantalla]. Disponible en: URL: http://www.galenored.com/profesionales/reportajes/control_prenatal.htm

36. Romero MS, Quezada SC, López BM. Efecto de riesgo en el hijo de madre con edad avanzada (estudio de casos y controles). *Ginecología y Obstetricia de México*. 2002; 70: 295-302.
37. Mazariegos CM, Moreno GJ, Vera HH. Manifestaciones y complicaciones en el binomio embarazo-salud bucal (primera de dos partes). *Epidemiología. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica*. Secretaría de Salud. México. 2003; 14(20): 1-2.
38. Batalla MC, Zurro AM, Cano PJ. Atención Primaria. 5ª edición. Elsevier. España. 2003; vol. 1. p.703-723.
39. Ruelas BE. Transiciones indispensables: *Salud pública Méx*. 1990; 32 (2): 108-109.
40. Ruiz CM. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Méx*. 1990; 32 (2):156-169.
41. Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública Méx*. 1993; 35 (3): 298-304.
42. Aguirre GH. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx*. 1991; 33 (6): 623-629.
43. Ponce RE. Evaluación de la utilización de normas técnicas en una unidad de atención primaria. *Rev Fac Med. UNAM*. 1997; 40 (2): 47-53.
44. Laguna CJ, Salinas OC. Mejoría de la calidad de los servicios médicos del departamento del Distrito Federal. *Salud Pública Méx*. 1990; 32 (2):221-224.
45. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Méx*. 1990; 32 (2): 113-117.
46. Reerink F. Garantía de la calidad de la atención a la salud en los países bajos. *Salud Pública Méx*. 1990; 32 (2):118-130.
47. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª edición. Medicina Familiar Mexicana. México. 2000. p.141-149.
48. Declaración de Sevilla, 1ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Mayo de 2002.
49. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Med Mex*. 2001; 137(4): 387-390.
50. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud, México, 1987.

7. Anexos.

Anexo 1

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.-
Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

YOLANDA SENTIES ECHEVERRIA, Directora General de Atención Materno Infantil, con fundamento en los artículos 45, 46 fracción II, 38 fracción II y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3o. fracciones I a V, 13 A) fracción I, 27, 34, 61, 62, 64 y 65 de la Ley General de Salud, 1o. y 7o. fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron las siguientes instituciones:

Secretaría de Salud;

Instituto Mexicano del Seguro Social;

IMSS-Solidaridad;

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado;

Secretaría de la Defensa Nacional;

Secretaría de Marina;

Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos;

Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal;

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

Comisión Nacional de Alimentación;

Hospital Infantil de México "Federico Gómez";

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán";

Instituto Nacional de Pediatría;

Instituto Nacional de Perinatología;

Grupo de Estudios del Nacimiento, A. C. (Grupo Gen);

Sociedad Mexicana de Pediatría;

Asociación Mexicana de Pediatría;

Asociación Mexicana de Nutrición;

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia;

Asociación Mexicana de Hospitales;

Liga de la Leche de México, A.C.;

Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en México;

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);

Hospital A B C;

Hospital Ángeles del Pedregal;

Hospital de México. Asociación Gineco-obstétrica, S. A. de C. V.;

Hospital Infantil Privado, S. A. de C. V.;

Sanatorio Santa Mónica.

INDICE

0. Introducción

1. Objetivo

2. Campo de aplicación

3. Referencias

4. Definiciones y terminología

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.2 Atención del embarazo

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.4 Atención del parto

5.5 Atención del puerperio

5.6 Atención del recién nacido

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito

5.10 Promoción de la salud materno infantil

5.11 Registro e información

6. Apéndices Normativos

Apéndice A Normativo (ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL)

Apéndice B Normativo (VALORACION DEL RECIEN NACIDO)

Apéndice C Normativo (EDAD GESTACIONAL)

(VALORACION FISICO-NEUROLOGICA)

Apéndice D Normativo (CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO)

(PESO AL NACER EN RELACION CON EDAD GESTACIONAL)

7. Bibliografía

8. Concordancia con normas internacionales

9. Observancia de la Norma

10. Vigencia de la Norma

0. Introducción

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. 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.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina posparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos 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 Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puerperas y a los recién nacidos.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica 1): para la Información Epidemiológica (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

4. Definiciones y terminología

Para los fines de esta Norma son aplicables las definiciones siguientes:

4.1 edad gestacional: Duración del embarazo calculada 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.

4.2 embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

4.3 embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 emergencia obstétrica: Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

4.5 muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

4.6 aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

4.7 parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.7.1 distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

4.7.2 eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

4.8 parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.8.1 parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

4.8.2 parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

4.9 parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

4.10 parto con producto a posttérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

4.11 puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

4.12 nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

4.13 recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.14 recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardíacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.15 mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni

manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

4.16 de acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.16.1 recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

4.16.2 recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

4.16.3 recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

4.16.4 recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

4.16.5 recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

4.16.6 recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;

4.17 de acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

4.17.1 de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.2 de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.17.3 de peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

4.18 lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

4.19 lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

4.20 lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

4.21 sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

4.22 alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

4.23 hipotiroidismo congénito: Enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función, y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

4.24 calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

4.25 calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

4.26 oportunidad en la atención: Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

5. Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;

- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y

- al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al APENDICE A (Normativo).

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada. su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;

- Fecha y hora del nacimiento;

- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;

- Inicio de alimentación a seno materno;

- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulacion, la alimentacion normal y la hidratacion, informar a la paciente sobre signos y sintomas de complicacion.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involucion uterina, los loquios, la tension arterial, el pulso y la temperatura;

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B

(Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre / hijo y la lactancia materna exclusiva;

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D μ y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial. si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotropina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente;

- 5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño;
- 5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral;
- 5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias;
- 5.10.1.12 Esquema de vacunación;
- 5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto;
- 5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito;
- 5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento;
- 5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;
- 5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades enseguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos:

- Embarazadas atendidas de primera vez según trimestre gestacional.
- Consultas totales a embarazadas.
- Consultas subsecuentes por trimestre de gestación.
- Toxoide tetánico aplicado a embarazadas según primera y segunda dosis y dosis de refuerzo.
- Puérperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a puérperas.

- Consultas subsecuentes a puérperas.

- Partos atendidos según edad gestacional:
 - Pretérmino:
 - inmaduro de 21 - 27 semanas
 - prematuro de 28 - 37 semanas
 - Término:
 - maduro de 37 - 41 semanas
 - Postérmino:
 - posmaduro de 42 o más semanas

- Partos atendidos según características de normalidad:
 - eutócicos
 - distócicos

- Partos distócicos según vía de resolución:
 - vaginal
 - abdominal

- Abortos atendidos

- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:
 - 500 a 999 gramos
 - 1000 a 2499 gramos
 - 2500 a 3499 gramos
 - 3500 o más gramos

- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo a los siguientes grupos:

- Pretérmino:

- inmaduro de 21 - 27 semanas

- prematuro de 28 - 37 semanas

- Término:

- maduro de 37 - 41 semanas

- Postérmino:

- posmaduro de 42 o más semanas

- Muertes maternas

- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

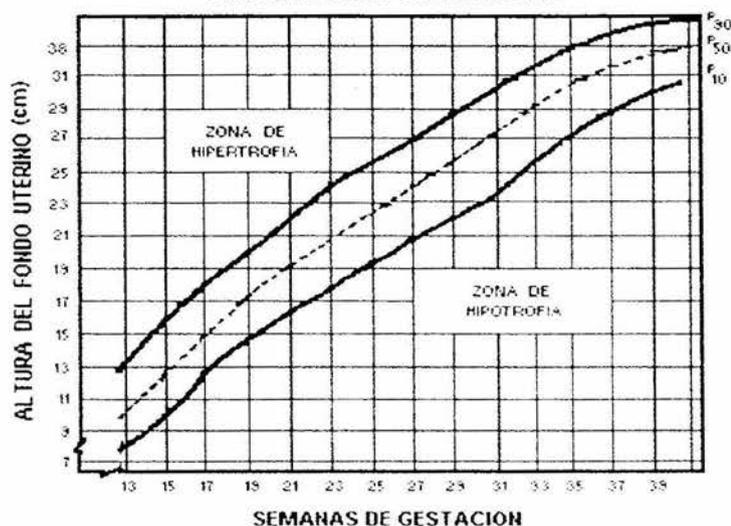
5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

6. Apéndices normativos

APENDICE A (NORMATIVO)

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS : CLAP ; 1990

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

**APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR**

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

METODO DE APGAR

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE B NORMATIVO)

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

APENDICE C (Normativo)

		EDAD GESTACIONAL					
SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO	A	FORMA DEL PEZÓN.	Pezón apenas visible. No se visualiza Areola. 0	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm. 5	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. 10	Areola sobresaliente. 0.75 cm. 15	
	B	TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa. 0	Fina y Lisa. 5	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. 10	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial. 18	Gruesa y Apergamina-da 22
		FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma. 0	Inicio engrosamiento del borde. 5	Engrosamiento Incompleto sobre mitad anterior. 10	Engrosada e incurvada totalmente. 24	
	K= 204 días	TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm. 5	Diámetro 0.5-1.0 cm. 10	Diámetro > 1.0 cm. 15	
		PLIEGUES PLANTARES.	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. 10	Surcos sobre mitad anterior. 15	Surcos profundos que sobrepesan 1/2 anterior. 20
		SIGNO: "DE LA BUFANDA"	 0	 6	 12	 18	
	K= 200 días	SIGNO: "CABEZA EN GOTA".	 0	 4	 8	 12	

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

7. Bibliografía.

8. Concordancia con normas internacionales

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

9. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia de la Norma

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 31 de octubre de 1994.- La Directora General de Atención Materno Infantil, Yolanda Sentiés E.- Rúbrica.

Anexo 2 Instrumento de evaluación

Nombre _____ Folio no. _____
 Edad _____ s.d.g. _____ trimestre Registro _____ / col. _____

1. ¿Se realizó la **historia clínica** completa desde la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si
2. ¿En qué **semana** del embarazo recibió la 1ª consulta prenatal? _____
3. ¿Cuál fue el **número total** de consultas recibidas durante el control prenatal? _____
4. ¿Hay evidencia de valoración del **fondo uterino** a partir de la 12ª semana?
 0. nunca 1. la menor parte 2. la mitad de las veces 3. la mayor parte 4. siempre
5. ¿Se escuchó la **Frecuencia Cardíaca Fetal** a partir de la 18ª semana de embarazo?
 0. nunca 1. la menor parte 2. la mitad de las veces 3. la mayor parte 4. siempre
6. ¿Se midió el **peso** durante todas las consultas prenatales?
 0. nunca 1. la menor parte 2. la mitad de las veces 3. la mayor parte 4. siempre
7. ¿Se midió la **talla** desde la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si
8. ¿Se midió la **presión arterial** en todas las consultas prenatales?
 0. nunca 1. la menor parte 2. la mitad de las veces 3. la mayor parte 4. siempre
9. ¿En qué semana de gestación hay evidencia que se realizó un **examen general de orina**? _____
10. ¿Cuántos exámenes generales de orina se realizó durante el embarazo? _____
11. ¿Se realizó determinación del **grupo sanguíneo** en la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si sdg _____
12. ¿Se realizó **Biometría Hemática** Completa en la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si sdg _____
13. ¿Se realizó **Química Sanguínea** en la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si sdg _____
14. ¿Se realizó **V.D.R.L.** en la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si sdg _____
15. ¿Se aplicó **toxoides** tetánico desde la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si
16. ¿Se administró **hierro oral** desde la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si
17. ¿Se administró **ácido fólico** desde la 1ª consulta prenatal? 0=No 1=Si
18. ¿Se evitó la administración de **medicamentos** antes de la 14ª semana de embarazo? SD 0=No 1=Si
19. ¿Se registró en las notas de atención prenatal el **diagnóstico final integral**?
 0. nunca 1. la menor parte 2. la mitad de las veces 3. la mayor parte 4. siempre
20. ¿Se utilizó el **Carnet Perinatal** para el seguimiento del embarazo? 0=No 1=Si
21. ¿Se reportó **Orientación Nutricional** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
22. ¿Se invitó a la embarazada a acudir con un **familiar** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
23. ¿Se registró la promoción de **lactancia materna** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
24. ¿Se registró orientación sobre **Planificación familiar** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
25. ¿Se explicaron las medidas de **autocuidado** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
26. ¿Existió **referencia** de la paciente a otro nivel? 0=No 1=Si

Observaciones: _____

SD: se desconoce

V.D.R.L. venereal disease research laboratory

s.d.g. semanas de gestación