

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON U.M.F. 58

**“APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007- SSA2-1993 DEL  
CONTROL PRENATAL POR EL MÉDICO FAMILIAR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARINA DE LA CRUZ ROSALES ZAMORA**

0352117



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.

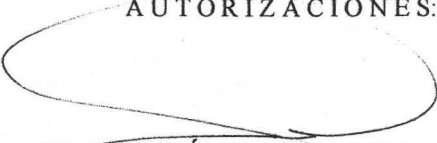
**“APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA-2-1993 DEL  
CONTROL PRENATAL POR EL MÉDICO FAMILIAR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

**DRA. MARINA DE LA CRUZ ROSALES ZAMORA**


AUTORIZACIONES:



**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  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MARINA ROSALES  
ZAMORA

FECHA: 10-OCTUBRE 2005

FMA: \_\_\_\_\_


**“APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA-2-1993 DEL  
CONTROL PRENATAL POR EL MÉDICO FAMILIAR”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

**DRA. MARINA DE LA CRUZ ROSALES ZAMORA**

AUTORIZACIONES:



**DRA. MA. DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL I.M.S.S.  
ASESOR DE TEMA


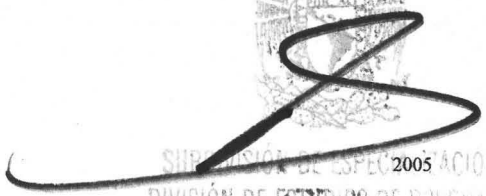


**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ**  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA “DR. JOSÉ LAGUNA GARCÍA”  
DE LA U.N.A.M.



**DR. FCO. DAVID TRUJILLO GALVÁN**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

TLALNEPANTLA; EDO. DE MÉXICO



SUPERVISOR DE ESPECIALIZACIÓN 2005  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis te la dedico a ti **papá** y a ti **mamá** con todo mi amor para los dos; sin ustedes no gozaría de ésta vida ni tendría la profesión que ahora ejerzo.

A mis bellas hijas **Pily** y **Paola**, gracias por el apoyo y ayuda que me proporcionaron en la realización de mi tesis y por su paciencia durante estos tres años de residencia.

“Cuando los años transcurran y ya no esté nunca más junto a ustedes, recuérdeme como una mujer soñadora que siempre las amaré y donde me encuentre tendrán mi bendición”

A ti **Carlos**, el hombre con quien he compartido alegrías y tristezas; por tu comprensión y amor que me has demostrado durante nuestra vida juntos.

A la **Dra. Landgrave** por su asesoría e invaluable enseñanza en la realización de mi trabajo de investigación.

A ti **Dios**, por estar viva y rodeada de los seres que más amo y cumpliendo una meta más de mi existencia.

# INDICE

<b>1 MARCO TEÓRICO</b> .....	01
1.1 Antecedentes.....	01
1.2 Control Prenatal .....	04
1.2.1 Definición .....	05
1.3 Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 .....	06
1.3.1 Actividades que se deben realizar durante el control prenatal .....	07
1.4 Perfil del Médico Familiar .....	09
1.4.1 Áreas de la práctica profesional del médico familiar .....	10
1.5 Planteamiento del Problema .....	13
1.6 Justificación .....	14
1.7 Objetivos .....	16
<b>2 MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	17
2.1 Tipo de estudio .....	17
2.2 Diseño de investigación del estudio .....	17
2.3 Grupos de estudio .....	18
2.4 Muestra .....	18
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	19
2.6 Variables .....	19
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables .....	20
2.8 Diseño estadístico .....	20
2.9 Instrumento de recolección de datos .....	21
2.10 Método de recolección de datos .....	22
2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos .....	22
2.12 Prueba piloto .....	22
2.13 Procedimientos estadísticos .....	23
2.14 Cronograma .....	24
2.15 Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio .....	25
2.16 Consideraciones éticas .....	26
<b>3 RESULTADOS</b> .....	27
<b>4 DISCUSION</b> .....	43
<b>5 CONCLUSIONES</b> .....	50
<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	54
<b>7 ANEXOS</b> .....	58

## **1.-MARCO TEORICO**

### **1.1 Antecedentes**

La muerte materna y fetal se erigen como dos eventos propios del subdesarrollo en que alguna vez como médicos se ha sido testigo.

Constituyen dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive, son el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la pobreza, la ignorancia y la falta de recursos, hasta la carencia de tecnología y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

Las *tasas de mortalidad materna y perinatal* son indicadores que reflejan la atención que se le brinda a la embarazada y están en estrecha relación con determinantes sociales, económicos, demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

El panorama epidemiológico mundial de la mortalidad materna muestra acentuados contrastes cuando se comparan los países industrializados con aquellos que se encuentran en desarrollo, en éstos; la baja tasa de mortalidad perinatal y neonatal es resultado de la introducción de alta tecnología y mejor conocimiento de la fisiopatología de los padecimientos, Bobadilla menciona que en los países subdesarrollados como el nuestro, es necesario coleccionar datos perinatales para definir los problemas e individualizar los que aquejan a cada lugar para posteriormente planificar aspectos de salud perinatal en cada región<sup>7</sup>.

Existe preocupación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y diversas instituciones dedicadas a los cuidados de la salud, por vigilar y evaluar el comportamiento de este indicador mediante el análisis de la mortalidad perinatal y siendo éste un indicador fidedigno del desarrollo social de un país, de la salud de su población y de la calidad de los servicios de salud, de allí su importancia<sup>8</sup>.

A pesar de su enorme validez la mayoría de los países de América Latina carecen de tasas de mortalidad perinatal confiables. La desigualdad entre las naciones, la discriminación y las grandes diferencias sociales aún dentro de un mismo país son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre ciudades e instituciones.

Quizá sea la salud integral de la madre aún antes de su concepción, así como la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal.

Dentro de la revisión bibliográfica diversos autores han reportado estadísticas de altas tasas de mortalidad materna y perinatal en América Latina, siendo la *preeclampsia-eclampsia* y el *aborto* las dos primeras causas de muerte.<sup>3,4,7,8,9</sup>

Datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, mencionan que en 1996 cada minuto muere en el mundo una mujer por complicaciones de la gestación y que la mortalidad en países en vías de desarrollo es 18 veces mayor que en los países desarrollados.<sup>10</sup>

Se considera que entre 30 y 50% de todas las defunciones en África y América Latina, así como el 25% de las que tienen lugar en Asia, son debidas a las consecuencias del aborto y de la *preeclampsia-eclampsia*, provocando entre cincuenta mil y cien mil fallecimientos cada año en todo el mundo.<sup>7</sup>

En países desarrollados como Canadá a mediados de los noventa se registraban cuatro defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos reportándose a la *preeclampsia-eclampsia* como la responsable de la tercera parte de los fallecimientos maternos en dicho país y la quinta parte en Suecia, Estados Unidos de Norteamérica y Gran Bretaña<sup>11</sup>.

En Chile durante 1993, la mortalidad perinatal fue de 12.8 por 1,000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3.62 por 10,000 nacidos vivos; cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún del primer mundo, lo que constituye un problema de salud pública para éste país<sup>12</sup>.

En Argentina la incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo se reporta del 4.5%<sup>13</sup>.

Por lo que respecta a México, la mortalidad materna ha experimentado una disminución notable en las últimas cinco décadas que la ha llevado de 100 por cada 100,000 nacidos vivos en 1950 a tasas de 50 para el año 2,000; tales cifras son 5 a 10 veces superiores a las que presentan los países industrializados de nuestro continente<sup>4</sup>. Detectándose durante 1990 a 1994 a la preeclampsia-eclampsia como la causa más frecuente y responsable del 33.1% de las muertes maternas<sup>14</sup>

En nuestro país, la evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en la década de los ochenta a partir de la introducción del concepto de garantía de calidad dentro del Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud<sup>15</sup>.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se atiende a cerca de la mitad de los nacimientos que ocurren en unidades médicas del país, el panorama epidemiológico de la mortalidad materna tampoco difiere mucho de lo anteriormente expuesto<sup>4</sup>; ya que como se mencionó, la enfermedad hipertensiva de la gestación constituye una de las principales complicaciones que ocasionan muerte materna en las unidades hospitalarias del IMSS siendo desde hace más de 10 años ésta patología la primera causa en orden de frecuencia y responsable de más de la 3<sup>a</sup>. parte de todas las defunciones de éste origen<sup>11,15,16,17</sup>.

Así por ejemplo durante el periodo comprendido de 1987 a 1996 la mortalidad materna por aborto, mostró un comportamiento irregular, aunque descendió de 2.5 a 1.2 por 100,000 nacidos vivos a los largo de 10 años, registró incremento a 3.1 en 1990, tasa que resultó superior al valor inicial de dicho periodo<sup>7</sup>.

En ésta década murieron 1,033 mujeres por hipertensión gestacional lo que representa 36.2% de las muertes totales por problemas de la gestación <sup>10,11</sup>.

Los reportes epidemiológicos de la Coordinación de Salud Comunitaria dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, refieren que la tasa de mortalidad perinatal y materna desde 1993 a 1999 ha disminuido de 12.88 a 12.38 por 1,000 nacidos vivos respectivamente, ocupando el 6º. lugar como causa de muerte en 1999 y el grupo con mayor afectación fue entre 15 y 29 años de edad<sup>18,19,20</sup>.

Es notable el interés que en los últimos tiempos está suscitando la evaluación del control de calidad en atención primaria de salud, interés compartido por todos, tanto usuarios como profesionales de la salud.

La progresiva implantación de programas de atención a la mujer elaborados coordinadamente por los servicios de salud, favorece que aumente la cobertura en el primer nivel de atención<sup>18</sup>.

La literatura pone de manifiesto una situación digna de tomarse en cuenta: entre más evolucionado está un país, la atención prenatal preventiva es la predominante, mientras que la atención curativa es mayoritaria dentro del subdesarrollo. Ante tal situación, la aplicación de programas educativos en salud figura una alternativa factible y útil, sobre todo si se toma en cuenta que en nuestro país, la atención materna representa la mitad de las intervenciones médicas y quirúrgicas; se calcula que el 80% de las muertes maternas son previsibles con acciones como el control prenatal con enfoque de riesgo<sup>15</sup>.

## **1.2 Control Prenatal**

Un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal

Todo embarazo implica algún riesgo de presentar complicaciones o provocar la muerte (en la madre, hijo o ambos) lo que se denomina *Riesgo Reproductivo*<sup>15</sup>, una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo debiera iniciarse en la etapa previa al inicio de la gestación lo que se conoce como *control preconcepcional* y una vez confirmado éste; seguir a través

de controles periódicos programados a lo largo de todo el embarazo, lo que nos lleva a un control prenatal.

### 1.2.1 Definición

Durante la revisión bibliográfica se encontraron diferentes definiciones de *control prenatal*, para efectos de éste trabajo se tomará la siguiente definición: “son las acciones y procedimientos periódicos destinados a la prevención, educación, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan morbi-mortalidad materna fetal, requiere ser periódico y completo”<sup>3,4,13,15,18</sup>.

Este control debe iniciarse lo más temprano posible, es decir debe ser precoz ,periódico, continuo e integral. Al mencionar precoz, se refiere que debe iniciarse en el primer trimestre, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo, para establecer edad gestacional e iniciar las acciones de prevención y detección de los factores de riesgo. Debe tener una frecuencia mensual hasta el sexto mes, cada quince días entre el séptimo y octavo mes y semanal en el noveno mes de la gestación<sup>21</sup>

La normatividad marca que la primera consulta debe ser en el transcurso de las primeras 12 semanas, la segunda consulta entre la 22 y 24 semanas, la tercera entre la 27 y 29 semana, la cuarta entre la semana 33 y 35 y finalmente la quinta consulta entre la 38 y 40 semana de la gestación<sup>21</sup>.

Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de la evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Se requiere de una amplia cobertura, es decir de promoverlo a la mayor cantidad de población posible, en base a programas educacionales, con accesibilidad de la atención<sup>13</sup>.

La condición de salud de la mujer previa a la gestación es fundamental para el resultado final del embarazo, patologías previas al embarazo o que aparecen durante mismo como complicaciones propias inciden en forma importante en el pronostico reproductivo global<sup>15</sup>.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha presentado los resultados de un estudio multicéntrico randomizado -WHO Antenatal Care Trial- realizado en cuatro países de distintos continentes; en éste trabajo se comparan el modelo habitual de control prenatal con un nuevo modelo con menor número de controles, que enfatiza aquellas acciones que han mostrado ser efectivas –Medicina Basada en la Evidencia- para mejorar los resultados maternos y perinatales.

Este estudio mostró que las mujeres sin complicaciones previas o que se calificaron como embarazo de bajo riesgo, la reducción en el número de controles no se asoció con un mayor riesgo materno-perinatal.

A nivel institucional existe un alto porcentaje de consultas que corresponden a la atención prenatal, lo que coloca a la vigilancia del embarazo dentro de los seis primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención y como un programa prioritario de salud<sup>19</sup>.

El control prenatal permite informar a la embarazada acerca de medidas para evitar riesgos y un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un oportuno y adecuado control prenatal<sup>18,22</sup>.

### **1.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”**

La atención médica es una actividad profesional fuertemente regulada por la Norma Oficial Mexicana 007-SSA-2-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido” tanto para profesionales en Instituciones del gobierno mexicano como servidores privados, siendo el objetivo de éste programa, el asegurar que cada embarazo culmine con un producto sano sin afectar la salud materna<sup>21</sup>.

La norma indica las actividades a realizar durante el control prenatal, la mayoría de los parámetros que marca ésta norma, fueron base del instrumento de evaluación para ésta investigación ( la norma completa se encuentra en el Anexo 1)



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

- elaboración de historia clínica
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edema, sangrado, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración
- medición y registro de la 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
- 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 (solo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas de 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
  
- 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.
- 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, planificación

familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará este documento, como de referencia y contrarreferencia institucional.

- Atención del embarazo:
- Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.
- 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.
- 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:
  - 1ª. consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas
  - 2ª. consulta entre la 22 y 24 semanas
  - 3ª. consulta entre la 33 y 35 semanas
  - 4ª. consulta entre la 33 y 35 semanas
  - 5ª. Consulta entre la 38 y 40 semanas.
- La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con el objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.
- Prevención del bajo peso al nacimiento.
- 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)

En nuestro país la Norma Oficial Mexicana mencionada anteriormente, establece los criterios para vigilar la salud durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, con todas las actividades a realizar durante el control prenatal, cuya aplicación será en todos los servicios de salud<sup>11</sup>.

Así cuando el Médico Familiar se reúne con la familia por primera vez, una visita prenatal brinda la oportunidad de revisar los problemas médicos y psicosociales importantes para el embarazo, preparar a la mujer para la subsiguiente atención neonatal y del niño sano, sentando así las bases para una relación médico-familia de largo plazo.

## 1.4 PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Aproximadamente en los años sesenta, surgió la necesidad de un nuevo médico general, que fuera un profesionalista entrenado en lo que la mayoría de las especialidades no realizan, es decir, la atención integral y continua de los pacientes.

Existen múltiples definiciones del médico de familia, que fueron publicadas por la Organización Mundial de Médicos de Familia en 1997, como son las siguientes:

*“El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación, cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.”*

*“El médico general/médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.”*

*“El medico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.*

*“El médico general/médico de familia es un generalista en tanto acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y / o diagnóstico de los pacientes.”*

Estas definiciones son completas y constan de los elementos específicos de la medicina familiar: atención integral y continuada, coordinador de recursos sanitarios, orientación a la

familia y la comunidad, competencia clínica, etc. todos éstos requisitos deben estar presentes en el perfil profesional del médico familiar, y que comprende trabajo en equipo, docencia e investigación con garantía de la calidad.

El **perfil profesional** también incluye que la práctica habitual de trabajo se desarrolle en un consultorio o centro de salud y formando parte de un equipo de atención primaria dando orientación comunitaria, realizando prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Debe reunir ciertas características como son: buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, actualizado, compañero, accesible, competente etc.

Con todo lo anteriormente expuesto, se establece que existen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico familiar, que Gallo<sup>23</sup> ha definido:

#### **1.4.1 Áreas de la práctica profesional del Médico Familiar**

##### **1.- Área de atención al individuo.**

Esta es la primera responsabilidad del médico de familia, se debe prestar atención clínica efectiva y eficiente. Se debe poseer conocimientos, habilidades para poder llegar al diagnóstico y tratamiento oportuno. La atención al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital.

Se requieren cualidades humanas para que sea un médico digno de confianza, por ello la relación médico-paciente ocupa un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia y sobre todo la práctica médica se fundamenta en el respeto a la vida y dignidad de la persona con actitud de servicio sin lugar a la discriminación.

## **2.- Área de atención a la familia.**

La base de la medicina familiar se basa en el triángulo formado por el individuo, la Familia y el médico. La familia tiene gran importancia, ya que en su ciclo vital se encuentra periódicamente sometida a crisis, de cómo resuelva la familia éstos eventos dependerá su estabilidad futura. El médico familiar debe detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por alguna enfermedad.

## **3.- Área de atención a la comunidad.**

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán básicamente de la epidemiología como disciplina central, con apoyo de la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología, aplicando éstos conocimientos en análisis de las necesidades de la comunidad, con planificación de programas etc.

## **4.- Área de docencia e investigación.**

El desarrollo práctico de la docencia y la investigación ha sido una novedad, cuyo desarrollo práctico ha sido a favor de una notable mejoría en el primer nivel de atención. La investigación lleva a mejorar la formación del médico logra obtención de prestigio científico y ejercicio profesional, ya que el progreso científico y tecnológico está en un cambio constante, lo que lleva a adquirir conocimientos actualizados.

Realizar actividades en ésta área lo llevará a mejorar su formación profesional, ya que ningún periodo de aprendizaje garantiza indefinidamente una preparación adecuada para el desarrollo correcto del ejercicio profesional, recordando que circunstancias como la tasa de olvido de los conocimientos adquiridos, la deformación del conocimiento, debido al uso selectivo en la práctica diaria, el progreso científico y tecnológico acelerado hace que los estándares de la práctica médica estén cambiando continuamente.

## **5.- Área de apoyo**

Aquí queda englobado el trabajo en equipo, con una necesidad de que el desarrollo de las tareas y funciones se lleve a cabo ante profesionales con diferentes niveles de formación y responsabilidad. El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales como para los usuarios, es decir, el enfermo recibe una mejor atención. El médico de familia debe ser consciente y conocedor, por tanto la dinámica del trabajo en equipo, en orden de optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral que se pretende.

## **6.- Papel del Médico Familiar**

La atención médica a las gestantes es la base para la continuidad de la unidad familiar, de ésta forma el Médico Familiar requiere de los conocimientos suficientes y la capacitación constante durante su ejercicio profesional para mantener la atención adecuada de éstas pacientes.

Se requiere del conocimiento del Marco Jurídico que rige el control de toda embarazada, es decir; conocer la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2.1993 de control prenatal que estipula todas y cada una de las actividades que se deben realizar durante la consulta prenatal.

La intervención del Médico Familiar durante el control prenatal tiene la finalidad de enfoque de riesgo es decir, detección de los factores encaminados a reducir la morbimortalidad materno fetal, apegarse a la medicina preventiva que es lo fundamental en toda actividad de vigilancia prenatal

## 1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha reportado en la literatura que las tasas de mortalidad materno fetal pueden disminuir si la paciente acude a control prenatal oportuno; sin embargo, en México no se ha podido disminuir considerablemente éste fenómeno para aumentar la esperanza de vida del binomio, pese a que el gobierno ha desarrollado programas de salud y está vigente la Norma Oficial Mexicana en donde se establecen estrategias que el médico debe conocer para evitar la muerte materno-fetal

La Norma Oficial 007-SSA2-1993 es el Marco Jurídico que establece los criterios para el control prenatal, y ya que no existe evidencia de alguna evaluación anterior de ésta norma en la UMF 51 del I.M.S.S. no se conoce exactamente como se aplica en ésta Unidad, y ya que tampoco existen trabajos previos sobre este marco dentro de la Unidad, es pertinente conocer cómo es el manejo prenatal de las gestantes.

El problema específico que dio impulso a éste estudio fue que se observó que en la consulta externa de la U.M.F.51 del IMSS de la población total de mujeres en edad fértil; se desconoce el porcentaje de embarazadas que no acuden a control prenatal desde su inicio, es decir, en las primeras semanas de gestación y tomando como base hasta diciembre de 2002 que se dieron un total de 5,015 atenciones a embarazadas y de ésta cifra existe un total de 779 mujeres a las que se les proporcionó atención de primera vez y siendo el Médico Familiar primer contacto con la paciente, quién se debe anticipar al riesgo, es pertinente conocer si:

¿El Médico Familiar de la U.M.F. realiza todas las actividades estipuladas en la NOM 007-SSA2-1993 para la atención del embarazo?

## 1.6 JUSTIFICACION

Es de gran utilidad y relevancia el concientizar a la mujer embarazada para que acuda a su control prenatal desde el momento mismo en que se sabe embarazada y si fuera posible desde el instante en que planea la gestación, para asegurar que todo embarazo culmine con un producto sano, sin afectar la salud de la madre.

Tanto el médico familiar como el equipo multidisciplinario debe participar en ésta finalidad, y si se parte de que en la U.M.F. 51 se reportó en diciembre de 2002 una cifra de 13,337 mujeres en edad fértil, las cuales al optar en cualquier momento de su existencia por la gestación, es primordial que tengan el conocimiento suficiente de sus condiciones biológicas, de sus cambios fisiológicos y que conozcan que en ese estado grávido son más vulnerables, lo que conlleva a una morbi-mortalidad importante.

Gran porcentaje de la mortalidad materna y perinatal se deriva de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como de otros padecimientos concomitantes<sup>516</sup> y éstas situaciones pueden ser manejadas en forma oportuna si se logra que toda mujer en gestación acuda a control prenatal en forma oportuna y regular.

Corresponde al médico familiar la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, evitando así el impacto fatal que provoca la desintegración del núcleo familiar cuando somos testigos de una muerte materna o fetal, las cuales son previsibles si logramos el apego a lo estipulado en la Norma oficial.



De lo anterior se puede deducir, que si el personal de salud lleva a cabo con eficiencia el control prenatal, un gran porcentaje de estas muertes puede disminuir y evitar que lleguen a formar parte de las estadísticas de mortalidad materna y perinatal.

Es importante determinar si la atención prenatal que está siendo proporcionada por los médicos familiares en la Unidad, se está otorgando dentro de los lineamientos que señala la Norma técnica para la atención de la mujer durante el embarazo, desde el inicio del mismo.

Con un buen control prenatal se detectan los factores de riesgo obstétrico, es posible prevenir complicaciones que pudieran surgir durante la gestación, se le otorga seguimiento a la embarazada y mejora el pronóstico de salud del binomio, para lograr una disminución en las tasas de mortalidad, obteniéndose el mayor beneficio hacia los derechohabientes.

## **1.7 O B J E T I V O S**

### **1.7.1 G E N E R A L**

Identificar el grado de apego a la Norma Oficial Mexicana de Control Prenatal por parte de los médicos familiares en la U.M.F. 51 turno vespertino del I.M.S..S.

### **1.7.2 E S P E C I F I C O S**

- 1.- Identificar el perfil de la gestante que acude a control prenatal en la U.M.F. 51.
- 2.- Identificar la edad gestacional en la primera consulta prenatal.
- 3- Identificar los principales parámetros de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 del control prenatal, que maneja el médico familiar en el expediente.

## **2.- M A T E R I A L Y M E T O D O S.**

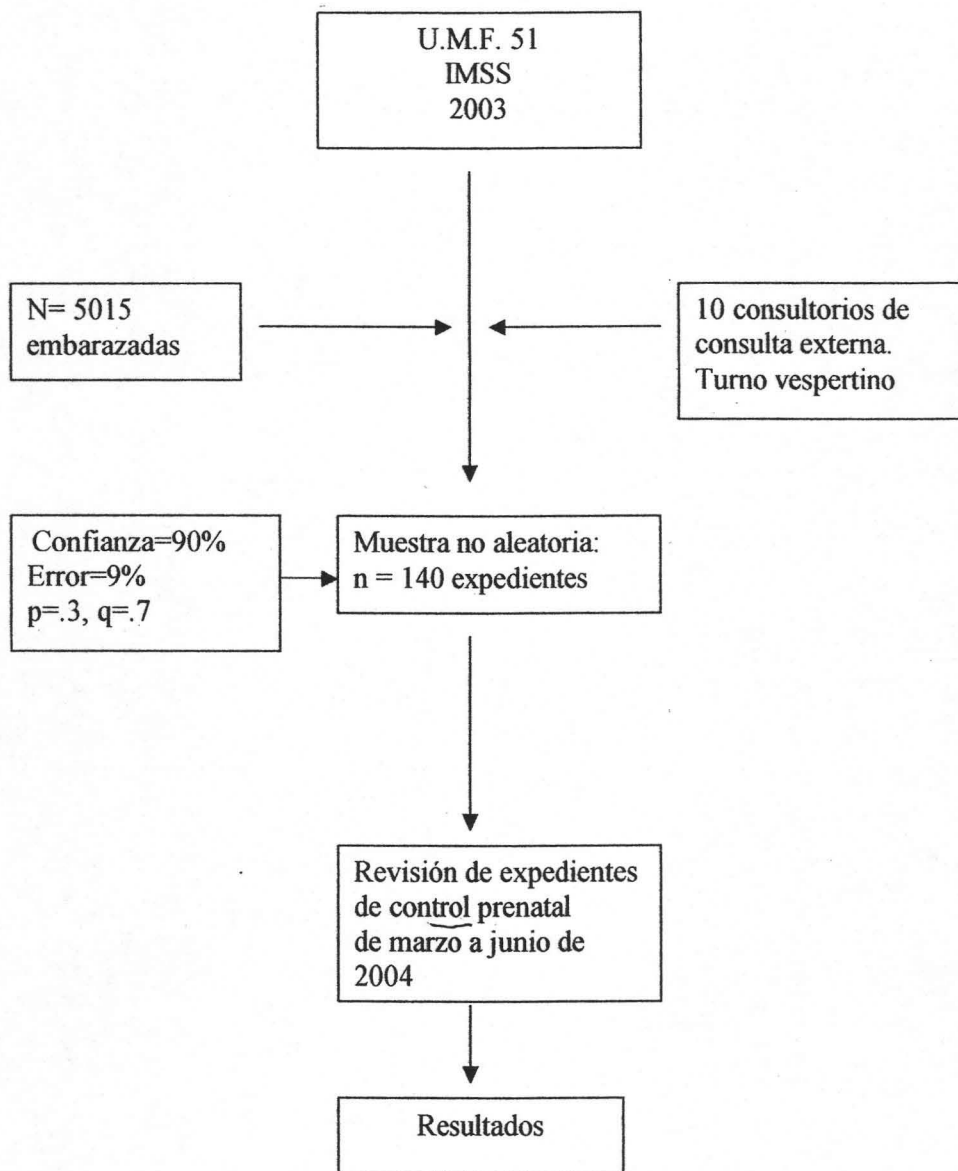
### **1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo .

### **2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO**

El diseño del estudio se muestra en el esquema No. 1

# Esquema 1



### 2.3- GRUPOS DE ESTUDIO

**Población:** Se incluyó en el estudio expedientes de embarazadas derechohabientes, que recibieron atención prenatal en los consultorios del turno vespertino en una unidad de medicina familiar.

**Lugar:** el estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Santa Mónica Estado de México.

#### **Tiempo de estudio.**

La revisión de expedientes para este estudio fué durante los meses de marzo a junio de 2004.

### 2.4- MUESTRA

La muestra fué no aleatoria, para determinar el tamaño de la muestra se consideró un 90% de nivel de confianza con el valor de probabilidad bajo la curva Z de 1.645, con un error del 9% y una variabilidad con  $p=.3$  y  $q=.7$

Ya que se cuenta con una población menor de 10,000 elementos, es decir con 5,015 embarazadas, se utilizó la siguiente fórmula:<sup>24,25</sup>

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{z^2 q}{E^2 p} - 1 \right)}$$

El resultado obtenido fue de 140, por lo tanto se revisaron 140 expedientes clínicos de embarazadas que estuvieron en control prenatal de abril de 2003 a marzo de 2004

## **2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Expedientes clínicos de pacientes embarazadas derechohabientes de la U.M.F. 51 del turno vespertino, que estén vigentes.
- Pacientes que acudieron a control prenatal cuyo embarazo haya concluido del 1° de abril del 2003 al 31 de marzo del 2004.
- Pacientes calificadas con bajo riesgo obstétrico de acuerdo al formato institucional.

### **2.5.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes embarazadas de alto riesgo derivadas a 2° nivel de atención
- Pacientes embarazadas con patología agregada
- Periodo del término del embarazo fuera del estipulado para el presente estudio.

### **2.5.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Expedientes con datos incompletos

## **2.6 VARIABLES**

Se estudiaron un total de 29 variables que formaron parte del instrumento valorador distribuido en 3 secciones; éste instrumento valorador se encuentra en los anexos.

## **2.7 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.**

### **2.7.1 Definición conceptual**

*Atención Prenatal* se define como “el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, educación, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal; permitiendo así, la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo” .<sup>26</sup>

### **2.7.2 Definición operativa**

Las variables que se obtuvieron de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993<sup>21</sup> “Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido” fueron operativizadas procediéndose de la siguiente forma:

Al revisarse el expediente y encontrarse evidencia de la acción realizada se consideró positiva, es decir maniobra si realizada; y en caso contrario si no existió anotación o evidencia en el expediente revisado se le consideró negativo, es decir no realizado.

A cinco variables se le consideró como definición operativa en: nunca, la menor parte, la mitad de las veces, la mayor parte y siempre; dependiendo del número de ocasiones en que se realizó la actividad.

## **2.8 DISEÑO ESTADISTICO**

### **2.8.1 ¿Cuál fue el propósito estadístico de ésta investigación?**

Describir el manejo que proporciona el Médico Familiar a la paciente embarazada con apego a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993.

### **2.8.2 ¿Cuántos grupos se investigaron?**

Se investigó un grupo: expedientes de embarazadas sin importar su edad de marzo de 2003 a abril de 2004.

**2.8.3** ¿Cuántas mediciones se realizaron en las unidades de muestreo?

Se realizó una sola medición.

**2.8.4** ¿Qué tipos de variables fueron medidas y que escala de medición se utilizó?

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

**2.8.5** ¿Qué distribución tuvieron los datos obtenidos?

Una distribución paramétrica (medidas de tendencia central o dispersión, tasa, porcentaje, media, moda, promedios, desviación estándar y mediana)

**2.8.6** ¿Qué tipo de muestra fue la que se investigó?

Una muestra no aleatoria.

## **2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

El investigador recolectó la información obtenida de los expedientes, a través de un instrumento valuator creado para lograr los propósitos específicos de ésta investigación, es decir para evaluar el apego a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993' valorándose la calidad de la atención que se le brinda a la embarazada.

Se vaciaron los datos obtenidos en éste formato, que constó de 3 secciones:

I.- Ficha de Identificación

II.- Datos de la familia

III.- Evaluación del control prenatal con un formato diseñado especialmente para éste fin.

El instrumento de recolección de datos se muestra en el anexo 2.

## **2.10 METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Este estudio se realizó en la UMF 51 del I.M.S.S. previa autorización del Comité de Investigación en Salud.

Se revisaron 140 expedientes de pacientes que estuvieron en control prenatal cuyo embarazo haya concluido entre abril de 2003 y marzo de 2004. Esta revisión fue en los 10 consultorios del turno vespertino. Se recopilaron los números de afiliación y nombre de cada paciente para así obtener el expediente, revisándose las tarjetas de embarazadas que se encuentran en los consultorios y de las pacientes que acuden al servicio de EMI (Enfermera Materno Infantil).

Durante los meses de mayo a julio de 2004 se revisaron los expedientes y se vaciaron los datos, en el instrumento de recolección de datos.

Esta información fue obtenida por la autora de este trabajo de investigación.

Se procesó y almacenó la información en la base de datos del programa estadístico SPSS 12.

## **2.11 PRUEBA PILOTO**

No se realizó prueba piloto



## 2.12 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Para la realización del presente estudio se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12, con el cual se codificaron los datos utilizándose códigos numéricos para poder realizar posteriormente el análisis estadístico requerido.

El diseño de la base de datos fue como se muestra en el siguiente cuadro.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Número de folio	cuantitativa	continua	número consecutivo
Edad	cuantitativa	continua	números enteros
Escolaridad	cuantitativa	ordinal	número total de años a partir de la primaria
Ocupación	cualitativa	nominal	1.- ama de casa 2.- estudiante 3.- obrero 4.- empleado 5.- profesional
Religión	cualitativa	nominal	1.- católica 2.- protestante 3.- evangélica 4.- testigo de Jehová 5.- cristiana 6.- ninguna
Estado civil	cualitativa	nominal	1.- soltero 2.- casado 3.- viudo 4.- divorciado 5.- unión libre
Ciclo vital de la familia	cualitativa	nominal	1.- matrimonio 2.- expansión 3.- dispersión 4.- independencia 5.- retiro o muerte
Menarca	cuantitativa	continua	Edad en años
Ritmo	cualitativa	nominal	1.- regular 2.- irregular
Inicio de vida sexual activa	cuantitativa	continua	Edad en años
Gesta	cuantitativa	continua	enteros
¿Se realizó historia clínica completa desde la 1ª consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No    1 = Si
¿En que semana del embarazo recibió la 1ª consulta prenatal?	cuantitativa	continua	Números enteros
¿Cuál fue el número total de consultas recibidas durante el control prenatal?	cuantitativa	continua	Números enteros

¿Existió medición 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 cardiaca 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 registró el peso en todas las consultas?	cualitativa	nominal	0=nunca 1= la menor parte 2 = la mitad de las veces 3= la mayor parte 4= siempre
¿Se anotó la talla desde la primera consulta?	cualitativa	nominal	0= No 1= Si
¿Se registró la presión arterial en todas las consultas?	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 se indicó el primer examen general de orina?	cuantitativa	continua	números enteros
¿Se solicitó grupo sanguíneo y Rh en la 1ª. consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No 1= Si
¿Se solicitó biometría hemática completa en la 1ª. Consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se solicitó química sanguínea en la primera consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se solicitó V.D.R.L. en la primera consulta?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se aplicó toxoide tetánico en la primera consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Existió prescripción profiláctica de hierro desde la primera consulta prenatal?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Existió prescripción profiláctica de ácido fólico desde la primera consulta?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se evitó la prescripción de medicamentos antes de la 14. semana de embarazo?	cualitativa	nominal	0 = No 1= Si
¿Se registraron en las notas médicas el diagnóstico integral?	cualitativa	nominal	0=nunca 1=la menor parte 2=la mitad de las veces 3=la mayor parte 4=siempre
¿Se registró en la nota médica el riesgo obstétrico?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se indicó orientación nutricional en algún momento de la gestación?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se realizó promoción para integrar a la familia al control prenatal?	cualitativa	nominal	0 =No 1 = Si
¿Se realizó promoción de lactancia materna en algún momento del embarazo?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se indicó orientación sobre planificación familiar?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si
¿Se indicaron medidas de autocuidado de la salud?	cualitativa	nominal	0 = No 1 = Si



## **2.14 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **Humanos**

En la realización de éste trabajo de investigación colaboraron: Un Médico Familiar residente de 3º. Año (autora del trabajo) al recopilar los nombres y números de afiliación de cada paciente para la revisión de los expedientes, tres asistentes médicos de los consultorios vespertinos que proporcionaron listas de las pacientes que acudían al servicio de EMI y un empleado de archivo quien proporcionó datos de afiliación de algunas pacientes.

### **Físicos**

Las instalaciones empleadas para la elaboración del presente estudio fueron: el consultorio de la Enfermera Materno Infantil, el consultorio 8 en donde se realizó la revisión de los expedientes y el área de vigencia de derechos que se consultó al existir dudas en vigencia de las pacientes.

### **Materiales**

Los recursos materiales que se utilizaron fueron: una computadora Hewlett Packard Windows 98, programa estadístico SPSS 12, Excel, Word, Power Point, 5 disquetes de 3 ½ y 4 CD-ROM de 700 MB/80 MIN para la captura y almacenamiento de la información que se generó, 140 hojas de fotocopias del instrumento de evaluación, un paquete de hojas Bond tamaño carta blancas para la impresión del trabajo y para escritura al ir realizando el trabajo de investigación, 2 lápices de 2 ½ con goma, 6 plumas color negro, azul y rojo, marcadores colores rojo y amarillo, engargolado, empastado, una engrapadora, Impresora Epson Stylus color 670, 4 cartuchos de tinta negra y 2 de color.

### **Financiamiento del estudio**

La autora de éste estudio cubrió en su totalidad los gastos derivados en la realización de la investigación.

## 2.15- CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación está basada en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>17</sup> ley vigente en la República Mexicana registrada como categoría Uno con base al título segundo, artículo 17, que la clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que se obtuvo información a través de la revisión de expedientes clínicos, lo que no provoca daño físico ni mental, además la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki adoptada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo Escocia, en octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica<sup>18</sup>.

### 3. RESULTADOS

En la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del I.M.S.S., se realizó la revisión exhaustiva de 140 expedientes de mujeres que estuvieron en control prenatal durante el periodo comprendido de abril de 2003 a marzo de 2004, a continuación se muestran los resultados de la investigación.

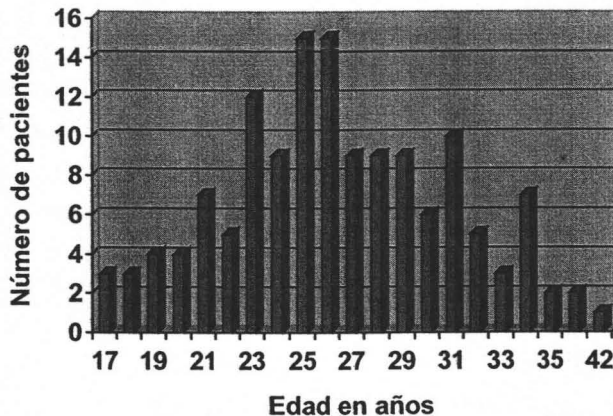
#### 3.1 Edad de la gestante

El promedio obtenido de edad fue de 26.44 años con una edad mínima de 17 años y una máxima de 42 años, siendo la desviación estándar de 4.6.

En la figura 1 se aprecia la distribución de edades

Figura 1

Edad de la embarazada en control prenatal



n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación en la UMF 51 del IM

### 3.2 Escolaridad y ocupación

El promedio de estudios obtenido fue de secundaria terminada con un 35% y con primaria completa de 17.9%, siendo la desviación estándar de 2.7. Es importante recalcar que solo un 6.4% son profesionales.

Se aprecia que el 50% de las embarazadas se dedican al hogar, y el 37.2% laboran como obreras y empleadas, visualizándose en la siguiente tabla.

Tabla 1

**Escolaridad y ocupación de las gestantes en control prenatal**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1	1	.7
3	1	.7
4	1	.7
6	25	17.9
7	1	.7
8	4	2.9
9	49	35.0
10	21	15.0
11	8	5.7
12	18	12.9
13	2	1.4
16	9	6.4

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	70	50.0
Estudiante	12	8.6
Obrera	11	7.9
Empleada	41	29.3
Profesional	6	4.3

n= 140 expedientes

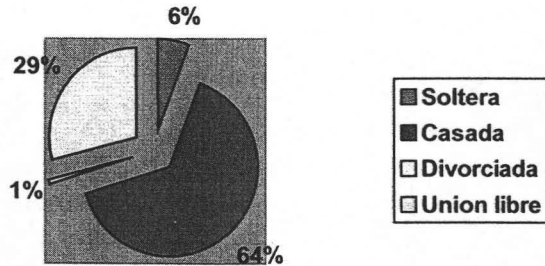
Fuente: Revisión de expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 IMS

### 3.3 Estado civil

En la siguiente figura se muestran los resultados obtenidos del estado civil que predomina en las gestantes siendo casadas el 64.3 %.

Figura 2

Estado civil de las embarazadas de Abril 2003 a Marzo 2004.



n=140 expedientes

Fuente: revisión de expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 IMSS.

### 3.4 ¿Se realizó la historia clínica completa desde la primera consulta?

Por lo que respecta a la realización de la historia clínica de la primera consulta prenatal, se distingue que un porcentaje alto de expedientes no contaron con historia clínica completa: 76.4% y a un 23.6% si se le realizó historia clínica completa observándose en la siguiente tabla.

Tabla 2

Historia clínica en la primera consulta de Abril 2003 a Marzo 2004.

Historia clínica	Pacientes	Porcentaje
No se realizó	107	76.4
Si se realizó	33	23.6

N=140 expedientes

Fuentes: revisión de expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 IMSS.

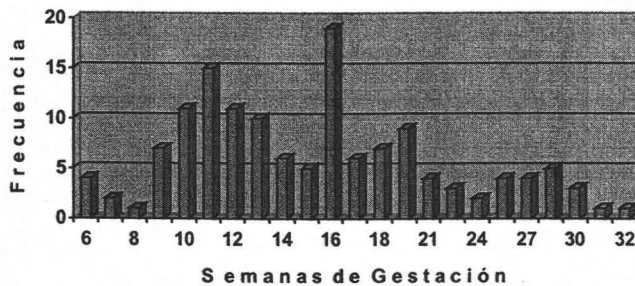


### 3.5 ¿En que semana del embarazo recibió la primera consulta prenatal?

En lo referente a la semana de gestación que predomina para la primera atención, se encontró que la semana 16 presentó el mayor porcentaje con 13.6%, seguida de la semana 11 con 10.7% y con una desviación estándar del 6.1. Cuatro pacientes acudieron por primera vez a su control prenatal en la 6ª semana de gestación y 2 pacientes hasta la semana 31 y 32 respectivamente. Los resultados se aprecian la figura siguiente.

**Figura 3**

**Semana de embarazo en que se recibió la primera consulta prenatal de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n=140 expedientes

Fuente: Revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.6 ¿Se identificaron signos y síntomas de alarma en la nota médica?

El porcentaje encontrado fue del 100% ya que en todos los expedientes se anotaron signos y síntomas de alarma, como se aprecia en la siguiente tabla

**Tabla 3**

**Identificación de signos y síntomas de alarma de Abril 2003 a Marzo 2004.**

Pacientes	Porcentaje
140	100
0	0

n= 140 expedientes.

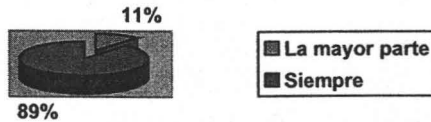
Fuente: Revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.7 ¿Existió medición del fondo uterino a partir de la 12ª semana?

En relación con la medición del fondo uterino se encontró que siempre se les detectó la altura del fondo uterino a 124 pacientes y a 16 pacientes en la mayor parte de las consultas, correspondiéndoles un 88.6% y 11.4% respectivamente. En la siguiente figura se pueden apreciar los resultados.

Figura 4

**Medición de la altura del fondo de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.8 ¿Se registró el peso en todas las consultas prenatales?

Respecto al registro del peso en el expediente de las embarazadas, en un 24.3% se anotó la mayor parte de las consultas y se obtuvo un 75.7% en el que siempre se registró el peso.

En la tabla siguiente se observan los resultados.

Tabla 4

**Registro de peso en las consultas de Abril 2003 a Marzo 2004.**

Registro de peso	Pacientes	Porcentaje
La mayor parte	34	24.3
Siempre	106	75.7

n=140 expedientes

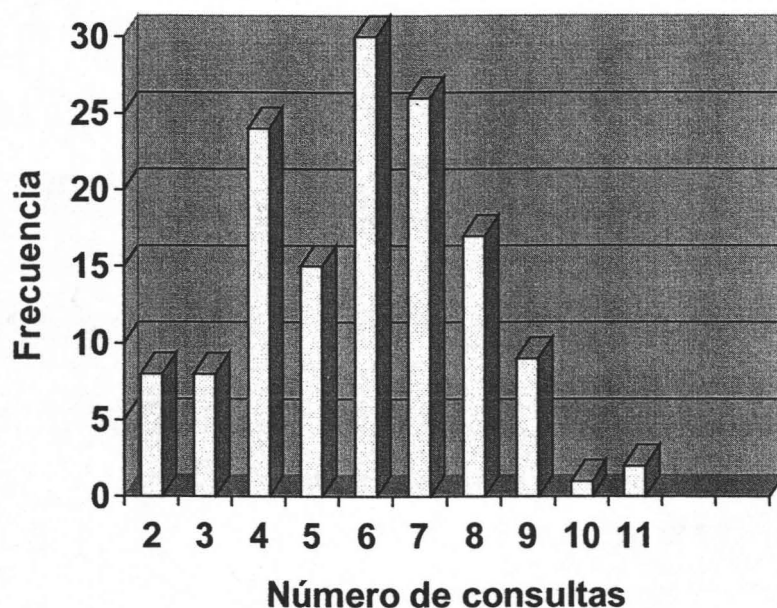
Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.9 ¿Cuál fue el número total de consultas recibidas durante el control prenatal?

En relación con el número total de consultas se encontró que la media fue de 6 consultas en 30 pacientes, con un mínimo de 2 consultas y un máximo de 11; la desviación estándar fue de 1.9.

La siguiente figura muestra los datos obtenidos.

**Figura 5**  
Número total de consultas durante el control prenatal de Abril 2003 a Marzo 2004.



n=140 expedientes

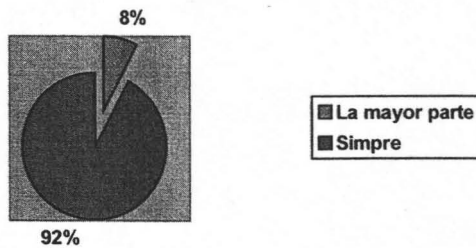
Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.10 ¿Se escuchó la frecuencia cardiaca fetal a partir de la 18ª semana de embarazo?

En comparación con la medición del fondo uterino no se encontraron grandes diferencias entre auscultar la frecuencia cardiaca fetal a partir de la 18ª semana, ya que a 129 pacientes siempre se les escuchó la frecuencia cardiaca fetal y a 11 pacientes la mayor parte de las consultas, en la siguiente figura se aprecian los resultados.

Figura 6

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a partir de la 18ª semana de gestación



n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.11 ¿Se anotó la talla desde la primera consulta?

Se obtuvo una frecuencia de 115 pacientes a las cuales si se les registró la talla desde la 1ª consulta, en 25 pacientes el registro fue en las consultas subsecuentes como lo demuestra la siguiente tabla.

Tabla 5

Talla en la primera consulta prenatal de Abril 2003 a Marzo 2004.

Registro de talla	Porcentaje
No	17.9
Si	82.1

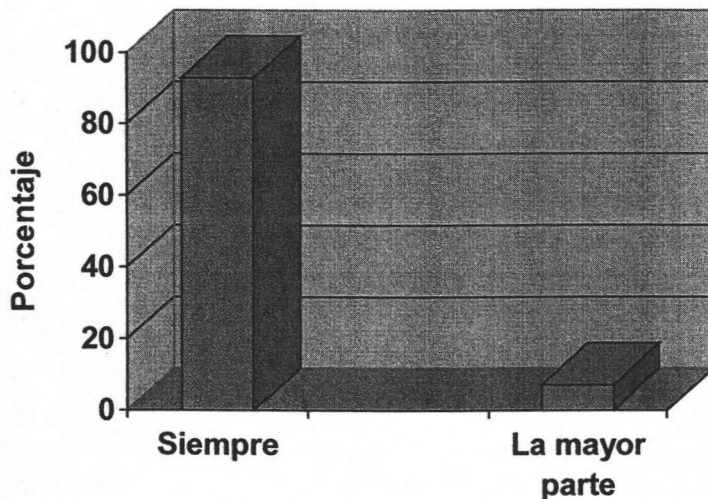
n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.12 ¿Se registró la presión arterial en todas las consultas?

En la figura se observa que hubo un total de 130 pacientes a las que siempre se les registró la presión arterial en sus expedientes, a 10 pacientes en la mayor parte de sus controles prenatales.

**Figura 7**  
**Registro de la presión arterial en el expediente de Abril 2003 a Marzo 2004.**



N= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.13 ¿Se determinó grupo sanguíneo y Rh en la primera consulta?

En la siguiente tabla se puede apreciar que a 113 pacientes si se les solicitó el estudio en la 1ª consulta, mientras que a 27 embarazadas se les realizó posteriormente.

**Tabla 6**  
**Determinación de grupo sanguíneo y Rh de Abril 2003 a Marzo 2004.**

Gpo.Sanguíneo y Rh	Frecuencia	Porcentaje
No se determino en la 1ª. consulta	27	19.3
Si se determinó	113	80.7

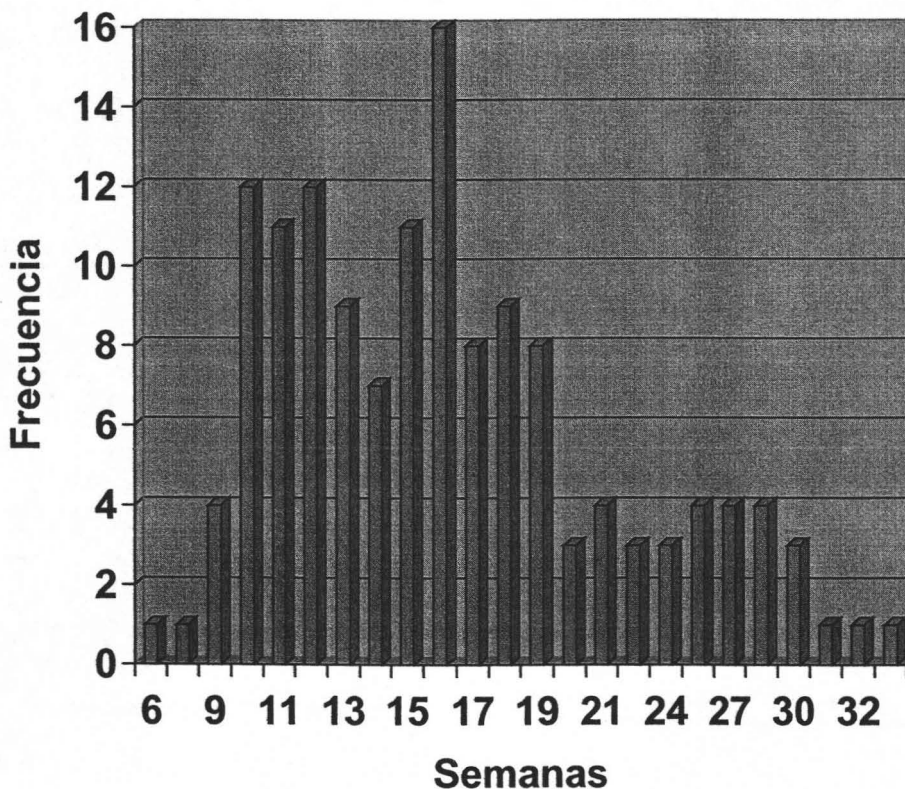
n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del I.M.S.S.

### 3.14 ¿En que semana de gestación se indicó el primer examen general de orina?

En lo referente al primer examen general de orina que se solicitó se encontró que el mayor porcentaje fue en la semana 16, con una desviación estandar de 5.8. Solo a 2 pacientes se les realizó en la semana 6 y en la 8 y lo más tardíamente que se les solicitó fue en la semana 33; la siguiente figura describe los hallazgos.

**Figura 8**  
Solicitud del primer examen general de orina de Abril 2003 a Marzo 2004.



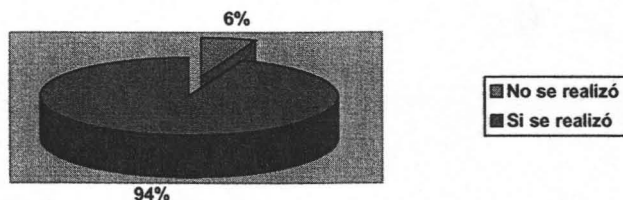
n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la UMF 51 del IMSS.

### 3.15 ¿Se Solicitó biometría hemática completa en la primera consulta prenatal?

En lo que concierne a éste estudio, es grande el porcentaje de las pacientes a las que se les solicitó la biometría hemática en la primera consulta tal y como lo marca la normatividad, la siguiente figura muestra lo obtenido.

**Figura 9**  
**Porcentaje de pacientes con biometría hemática de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.16 ¿Se solicitó química sanguínea en la primera consulta prenatal?

En comparación con la detección de la biometría hemática, no hay diferencias entre la realización de la química sanguínea, cumpliéndose también con la normatividad, a 95.7% se les realizó el estudio y a 4.3% no se les realizó, como se aprecia en la siguiente figura.

**Figura 10**  
**Porcentaje de pacientes con química sanguínea de Abril 2003 a Marzo 2004.**



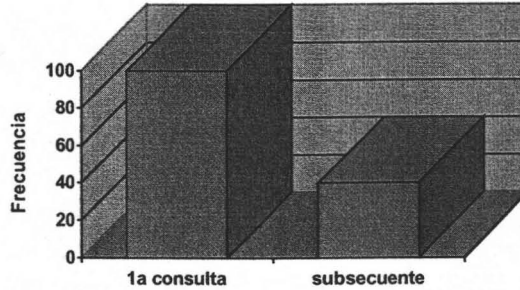
N= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes en la investigación de la UMF 51 del IMSS

### 3.17 ¿Se solicitó V.D.R.L. en la primera consulta prenatal?

En la figura siguiente se puede apreciar que a 100 pacientes embarazadas se les solicitó éste estudio en su primer control prenatal, contra 40 pacientes en que la realización fue posteriormente.

**Figura 11**  
**Solicitud de V.D.R.L. en la primera consulta de Abril 2003 a Marzo 2004.**



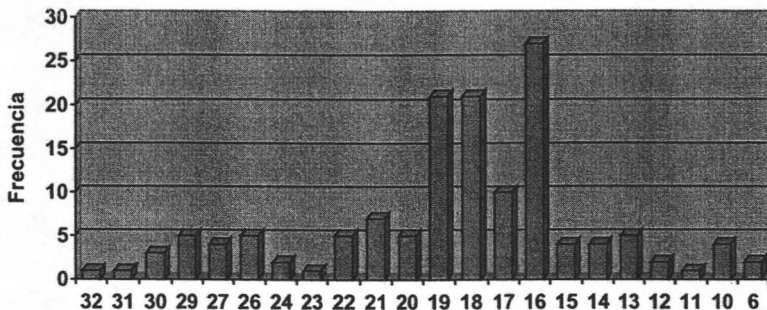
n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.18 ¿En que semana de gestación se indicó el toxoide tetánico?

En lo referente al toxoide tetánico, se observó que la primera indicación fue en la semana 6, con un máximo en la semana 32, siendo la media la semana 18.6 con una desviación estándar de 4.8, los resultados se señalan en la siguiente figura.

**Figura 12**  
**Indicación del toxoide tetánico de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.



### 3.19; Existió prescripción de hierro y ácido fólico en la primera consulta prenatal?

En comparación con la prescripción de hierro en la primera consulta, no se encontraron diferencias significativas entre la prescripción de ácido fólico, ya que en ambos casos, éstos medicamentos se otorgan en mayor porcentaje en el primer control de embarazo. En la siguiente tabla se señalan los resultados.

**Tabla 7**  
Prescripción de hierro y ácido fólico de Abril 2003 a Marzo 2004.

Hierro	Frecuencia	Porcentaje	Ácido fólico	Frecuencia	Porcentaje
1ª. consulta	127	90.7	1ª. consulta	119	85
subsecuente	13	9.3	subsecuente	21	15

n=140 expedientes

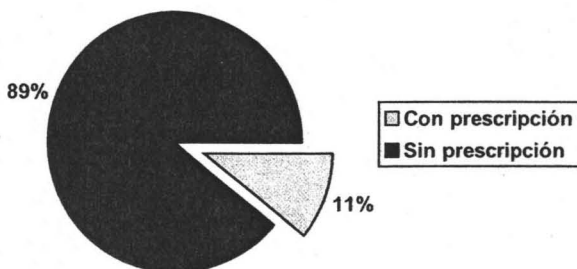
Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en al investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.20; Se evitó la prescripción de medicamentos antes de la semana 14ª de embarazo?

Se obtuvo una frecuencia de 125 pacientes en las que no se otorgaron medicamentos antes del primer trimestre de embarazo, es decir, al 89.3% siendo menor el número de pacientes en las que no se pudo evitar la prescripción, en la siguiente figura se pueden apreciar los resultados.

**Figura 13**

Prescripción de medicamentos antes de la 14ª. Semana de gestación de Abril 2003 a Marzo 2004.



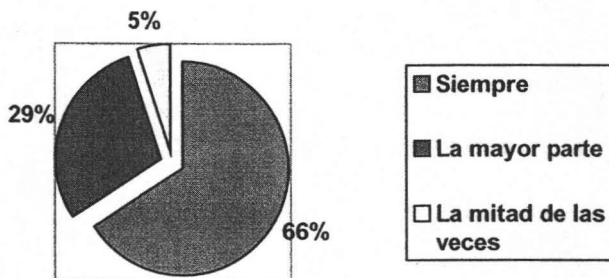
n=140 expediente

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.21 ¿ Se registraron en las notas médicas el diagnóstico integral?

En lo que concierne al diagnóstico integral, en 92 expedientes siempre se anotó el diagnóstico, en 41 expedientes se registró en la mayor parte y en 7 casos fue la mitad de las veces. En la figura siguiente se demuestra ésta relación.

**Figura 14**  
**Registro del diagnóstico integral de Abril 2003 a Marzo 2004.**



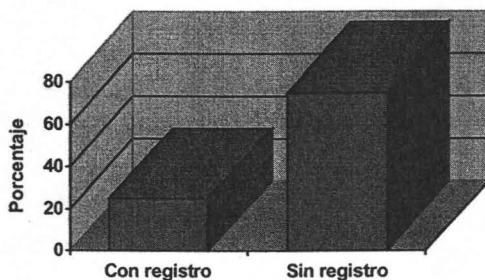
n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.22 ¿ Se registró en la nota médica el riesgo obstétrico?

El porcentaje calculado para el registro del riesgo obstétrico fue de un 25% en el que si registró el riesgo, en el resto de los expedientes no se anotó.

**Figura 15**  
**Anotación del riesgo obstétrico en la nota médica de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes en la investigación de la UMF 51 del IMS

### 3.23 ¿Se indicó orientación en planificación familiar, promoción para integrar a la familia y sobre lactancia materna?

La tabla siguiente nos muestra los porcentajes encontrados en la realización de éstas promociones apreciándose el mayor porcentaje en las omisiones.

**Tabla 8**  
**Promoción para integración de la familia, en lactancia materna y orientación en planificación familiar de Abril 2003 a Marzo 2004.**

	<b>Planificación Familiar</b>	<b>Integración familiar</b>	<b>Lactancia materna</b>
	Porcentaje	Porcentajes	Porcentajes
No se otorgó	76.4	99.3	92.1
Se otorgó	23.6	.7	7.9

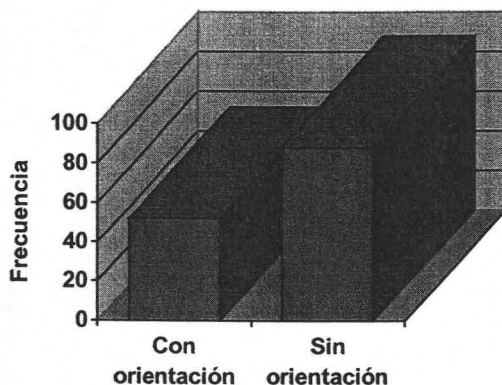
N= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF51 del IMSS.

### 3.24 ¿Se indicó orientación nutricional en algún momento de la gestación?

En la variable orientación nutricional se obtuvo un 62.9% en que no se proporcionó dicha orientación, en solo un 37.1% se hace mención del plan nutricional, los resultados se muestran en la siguiente figura.

**Figura 16**  
**Orientación nutricional de Abril 2003 a Marzo 2004.**



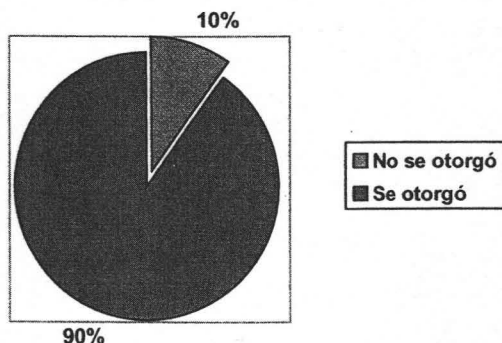
n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la UMF 51 del IMSS.

### 3.25 ¿Se indicaron medidas de autocuidado de la salud?

En la figura 17 se muestran los resultados obtenidos de ésta variable, existiendo en un 90% de los expedientes esta indicación, el resto, es decir, en el 10% no se indicaron.

**Figura 17**  
**Medidas de autocuidado de la salud de Abril 2003 a Marzo 2004.**



n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

### 3.26 Principales características y perfil de las gestantes que estuvieron en control prenatal.

En la siguiente tabla se visualizan las características más relevantes de las mujeres que estuvieron en control prenatal durante el lapso de abril de 2003 al marzo de 2004.

**Tabla 9**

**Perfil del control del embarazo en la UMF 51 del IMSS de Abril 2003 a Marzo 2004.**

Características	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar	Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993
Semana de gestación de la primera consulta	6	32	15.8	6.1	En las primeras 12 semanas
Total de consultas durante el control prenatal	2	11	5.8	1.9	Mínimo 5 consultas
Semana de gestación en que se realizó el primer examen general de orina	6	33	16.5	5.8	Desde el primer control
Aplicación de toxoide tetánico	6	32	18.5	4.8	1er.dosis en la 1ª.consulta

n= 140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

**Tabla 10**  
**Perfil clínico obstétrico en la U.M.F. 51 del I.M.S.S.**

Características	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estandard	Frecuencia	Porcentaje
MENARCA	10	16	12 años	1.1	40	28.6
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	14	29	20 años	2.6	24	17.1
EMBARAZOS	1	4	2	1.1	Primigestas:86	61.4
CESÁREAS	0	2	.36	.67	Sin cesáreas previas:106	75.7
ABORTOS	0	2	.19	.44	Sin abortos previos:116	82.9
RITMO REGULAR	-	-	-	-	106	75.7

n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expdientes clínicos en la investigación de la U.M.F. 51 del I.M.S.S.

**Tabla 11**  
**Perfil Sociodemográfico del control prenatal en la U.M.F. 51 del I.M.S.S.**

Características	Mínima	Máxima	Media	Desviación estandard	N.O.M. 007-SSA2-1993	Frecuencia	Porcentaje
EDAD EN AÑOS DE LA PACIENTE	17	42	26.4	4.6	20-35 años	Entre 25 y 26 años:49	30
ESCOLARIDAD	1	16	9.44	2.7	-	Secundaria:49	35
RELIGION	-	-	-	-	-	Católica:129	92.1
OCUPACIÓN	-	-	-	-	-	Hogar: 70	50
EDO. CIVIL	-	-	-	-	-	Casadas: 90	64.3
CICLO VITAL	-	-	-	-	-	Matrimonio: 124	88.6
TIPO DE FAMILIA	-	-	-	-	-	Nuclear: 92	65.7

n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la U.M.F. 51 del I.M.S.S.

### 3.27 Perfil preventivo con enfoque de riesgo y apego a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA-21993

Las siguientes actividades muestran el porcentaje encontrado, con base al llenado en el expediente clínico.

**Tabla 12**

**Actividades durante el control prenatal de Abril 2003 a Marzo 2004.**

Actividades durante el control prenatal	Porcentajes			
	No se realizó	Siempre	La mayor parte	La mitad de las veces
Elaboración de la historia clínica	76.4	23.6	-	-
Identificación de signos y síntomas de alarma	-	100	-	-
Registro de la presión arterial	-	92.9	7.1	-
Valoración de riesgo obstétrico	75	25	-	-
Solicitud de química sanguínea	4.3	95.7	-	-
Medicamentos antes de la 14ª. Semana	89.3	-	-	-
Prescripción profiláctica de ácido fólico	15	85	-	-
Prescripción profiláctica de hierro	9.3	90.7	-	-
Diagnóstico integral en las notas médicas	-	65.7	34.3	-
Detección del crecimiento uterino	-	88.6	11.4	-
Estado de salud del feto con frecuencia cardíaca fetal	-	92.1	7.9	-
Orientación nutricional	62.9	37.1	-	-
Promoción de lactancia materna	92.1	7.9	-	-
Orientación sobre planificación familiar	76.4	23.6	-	-
Medidas de autocuidado	10	90	-	-

n=140 expedientes

Fuente: revisión de 140 expedientes clínicos en la investigación de la UMF 51 del IMSS.

#### 4.- DISCUSION

Es muy importante considerar los siguientes hallazgos, la **edad** que predominó en las pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal fue de 25 y 26 años con 10.7% para ambas edades, si consideramos que la edad fértil de una mujer está entre los 20 y 35 años, se observó que fueron pocas las mujeres que estuvieron fuera de éste rango, ya que solo 3 pacientes de 36 y 42 años se consideraron añosas. En estas edades se disminuye la fecundidad y la fertilidad, aumentando las anaploidias, los abortos, retraso en el crecimiento intrauterino, con los riesgos que esto conlleva <sup>5,10,17,29,30,31</sup> En el otro extremo solo 10 pacientes fueron menores de 20 años, comparado con los resultados de Calixto Salazar<sup>6</sup> en un estudio realizado en Veracruz, las madres tuvieron edad adecuada para la procreación: entre 20 y 30 años con 64.5%. En ésta investigación el rango de edad fértil obtuvo un 76.4%.

A nivel institucional se ha descrito que el riesgo más elevado de muerte por preeclampsia-eclampsia la presentan las mujeres con edad de más de 35 años, cuya tasa específica de mortalidad casi cuadruplica a la del grupo de menores de 20 años<sup>11</sup>

La Norma Oficial Mexicana<sup>7</sup> refiere entre 20 y 35 años la edad adecuada para el embarazo, ya que los extremos de la vida reproductiva son un factor de riesgo para dicha patología que a nivel mundial es la primera causa de muerte materna <sup>10,11,17,30,31</sup>

Al valorar la **escolaridad y ocupación** de todas las pacientes, el mayor porcentaje en grado de estudios fue de secundaria terminada, haciendo contraste el 6.4% de las pacientes que son profesionales. Un 50% de las pacientes no perciben salario y el 37.2% laboran como obreras y empleadas.

El nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso, paridad, ocupación, son factores adversos que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal<sup>4,5,16,32,33</sup>. Haciendo similitud, Bronfman y López Moreno<sup>14</sup> reportaron en un estudio donde se evaluó la atención prenatal en la República Mexicana, un nivel socioeconómico bajo, con un 43.3% y baja escolaridad hasta en un 93.5% de sus pacientes estudiadas<sup>14</sup>.

La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 y diferentes autores establecen como prioritario la realización de la **historia clínica** al iniciar el control prenatal<sup>3,11,21,34</sup> ésta investigación mostró que en un escaso porcentaje de expedientes se elaboró la historia clínica, el 76.4% de expedientes tuvieron dicha anomalía.

Si tomamos en cuenta que desde el siglo XVII, con Thomas Sydenham se tienen los orígenes de la historia clínica en forma **empírica**<sup>35</sup>, en la actualidad, la elaboración de la historia clínica es la puerta de entrada a la relación médico-paciente.

Por lo que respecta a la **primera consulta prenatal** y al **número total de consultas**, la Norma Oficial Mexicana<sup>7</sup> indica iniciar preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación<sup>18,29,36</sup>.

La muestra estudiada reportó que la semana 16 fue en la que acudió el mayor número de pacientes y de todas ellas solo 51 pacientes, es decir el 36.4% acudieron en las primeras 12 semanas.

Se observó un 3.5% con 5 pacientes que acudieron después de la semana 30, ya que algunas embarazadas acuden al final de su embarazo solo por obtener la incapacidad prenatal y por el pase a especialidad.

Vitelio refiere que éste comportamiento parece estar ligado, entre otros factores con la limitada educación de la población para utilizar con oportunidad los servicios médicos<sup>17</sup>



El promedio en el número total de consultas fue de 6, cumpliéndose con lo que marca la normatividad<sup>21,29</sup> esto se ve reflejado en el 71.4% en que acudieron a más de 5 consultas, 97 pacientes llevaron un control prenatal entre 5 y 9 consultas, es decir, un 62.8% de todas las gestantes.

Acudir en las primeras 12 semanas de gestación ayuda a la detección de riesgos reproductivos durante la organogénesis<sup>34,36</sup>

Para calificar la atención prenatal proporcionada se consideran dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas<sup>11</sup>, Martínez González<sup>22</sup> señala en su estudio que el control prenatal se debe iniciar en el primer trimestre y cada paciente acumular al menos 7 consultas, a diferencia de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993<sup>31</sup> que indica 5 consultas como mínimo. En un reporte de Sesmero, se menciona que la O.M.S. recomienda en una gestación no complicada 12 visitas para la primigesta y 10 para la multigesta<sup>3</sup> En México se rige por lo indicado en la Norma Oficial Mexicana.

Existen otros estudios que reportan que en la Unidad Hospitalaria la Raza en el decenio de 1988 a 1997 por informes del Comité Institucional de estudios en Mortalidad materna, reportó que un 13.1% tuvo 5 o más consultas prenatales, mencionándose que el 24.8% de las defunciones eran potencialmente previsibles al ingreso a la unidad médica. Entre los factores identificados como propiciadores de la muerte materna, en un 16.1% se consideró que la responsabilidad principal radicó en la propia paciente<sup>17</sup>.

Dentro de otra casuística del IMSS, se ha reportado que 41.3% de gestantes que fallecieron no tuvieron vigilancia prenatal y un 12.7% acudió en forma irregular con solo una o dos consultas prenatales<sup>11</sup>.

En éste estudio se aprecia que el 43.6% de las pacientes fueron **primigestas** y es un hecho conocido la mayor prevalencia de la preeclampsia-eclampsia en la primera gestación, éste fenómeno también se ha informado en el IMSS por Vitelio donde el 31.3% de las muertes maternas por ésta causa tuvieron lugar en las primigestas<sup>11,17</sup>.

González menciona que las primigestas tienen mayor probabilidad de asistir adecuadamente a su control prenatal debido a la mayor sensibilidad y a la ausencia de otros hijos que impidan el desplazamiento a sus consultas<sup>2</sup>

Es importante hacer notar que en esta investigación, en el 100% de los casos se identificaron **signos y síntomas de alarma**, ya que en el formato institucional existen rubros para que el médico lo señale en forma práctica.

Un parámetro importante que marca la Norma Oficial Mexicana, es el registro de la **presión arterial**, rubro clave en la detección de preeclampsia-eclampsia, en ésta investigación se registró siempre en un 92.9% y en un 7.1% en la mayor parte de las notas médicas.

En la literatura se hace notar que la principal causa de muerte materna a nivel mundial es la preeclampsia-eclampsia tanto en países en desarrollo como en los industrializados<sup>16,17,29,30,37</sup> siendo prioritaria la vigilancia en la presión arterial, siempre y en cada una de las consultas prenatales.

Respecto a la medición del **fondo uterino y la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal**, no se encontraron diferencias significativas en el estudio, ya que en un 88.6% y 92.1% realizaron siempre dicho registro en el expediente, y en la mayor parte de las veces con un 11.4% y 7.9% respectivamente.

Los latidos fetales se auscultan con estetoscopio de Pinard desde las 20 semanas de gestación<sup>12</sup> y con dopler se pueden escuchar a partir de la semana 13<sup>38</sup>, y ya que su positividad es un signo de vida fetal, la alteración en la frecuencia nos harán sospechar de patología fetal. En ésta investigación es alto el porcentaje que cumple con la normatividad y se facilita esta detección ya que se cuenta con equipo portátil de Doptone dentro de la Unidad.

También es importante determinar retardo del crecimiento intrauterino o macrosomía, embarazos gemelares o cualquier otra anomalía, si no existe correlación del fondo uterino<sup>37</sup> con las semanas de gestación; en la investigación se realizó siempre ésta maniobra en alto porcentaje.

En lo que concierne al **registro de peso y talla**, existe similitud en los hallazgos, al presentar porcentajes similares en los casos en que siempre se anotaron éstos parámetros en los expedientes.

La actualización de la historia clínica con el registro del peso en cada consulta prenatal es muy importante ya que cualquier variación extrema en ganancia excesiva, nos deben de poner en alerta para detectar complicaciones<sup>3,29,30</sup>.

En cuanto a la solicitud del **examen general de orina**, la norma nos indica solicitarlo desde el primer control y los subsecuentes en las semanas 24, 28, 32 y 36. Sobre éste aspecto se encontró dificultad para determinar si se cumplió o no con la normatividad, ya que en la mayoría de las solicitudes de laboratorio no se encontraron fecha, ni la semana de gestación de la paciente, se logró determinar que en la semana 16 se realizó la mayor cantidad de estudios con un 11.4% y la primera solicitud fue en la semana 6 y en el otro extremo en la semana 33, ya que la paciente acudió a su primer control prenatal en dicha fecha.

El examen general de orina es imprescindible para la detección oportuna de preeclampsia-eclampsia<sup>12,13,16,29</sup>, siendo la proteinuria el signo cardinal para el diagnóstico, incluso para detectar alguna infección de vías urinarias. A pesar de no determinarse en que semana de gestación se realizaron los siguientes exámenes, estaban anexados en el expediente.

En comparación con el peso, no se encontraron diferencias significativas entre la **química sanguínea** y la **biometría hemática** ya que en un 94.3% y 95.7% respectivamente, existió solicitud de éstos estudios, los cuales forman parte de los paraclínicos necesarios del control prenatal que nos orientan hacia anemia o alteración urinaria.<sup>3,13</sup>

Por lo que respecta a la **prescripción de medicamentos antes de la semana 14ª de embarazo**, en un 10.7% no pudo obviarse dicha prescripción, ya que fue para manejar pacientes con infecciones en vías urinarias, requiriéndose de betalactámicos, nunca se manejaron con sulfas. En un estudio realizado en Estados Unidos en 6 millones de mujeres

embarazadas, el 80% de ellas solo ingirieron vitaminas y minerales, y fueron controladas por la FDA por el riesgo fetal de desarrollar anomalías<sup>9</sup>

Loranca Zurita enfatiza en su estudio los riesgos reproductivos si existe exposición a agentes fetotóxicos en edades tempranas de la gestación<sup>9</sup>.

En esta investigación no existió prescripción de medicamentos en un 89.3%.

Con relación al **diagnóstico integral**, las acciones se pueden considerar positivas ya que en gran porcentaje se llevaron a cabo dichas anotaciones, como lo marca la norma oficial.

Sin embargo, no fue así con el registro del **riesgo obstétrico** en las notas médicas ya que un alto porcentaje de expedientes no tienen anotado éste rubro, situación que podría considerarse al olvido o al exceso de consulta o probablemente a quedar su registro como duplicado, ya que en el formato institucional si se registró el riesgo obstétrico.

Las variables de **promoción para integrar a la familia y sobre lactancia materna** no se llevan a cabo en el control prenatal, como lo marca la normatividad<sup>21</sup>. Es del conocimiento del personal de salud que la lactancia materna es el alimento ideal para los recién nacidos y lactantes menores al protegerlos de infecciones respiratorias y gastrointestinales<sup>20</sup>. A pesar de la promoción que se ha hecho por difundir éste tipo de alimentación en recién nacidos la prevalencia de lactancia materna en México en el primer mes de vida se reporta entre 51 a 90%<sup>45</sup>. En el control de puerperio es más notable mencionar esta actividad.

Respecto a la **orientación sobre planificación familiar y la promoción para integrar a la familia** es alto el porcentaje en que no se llevan a cabo éstas indicaciones como lo estipula la normatividad, sin embargo la mayoría de los expedientes cuenta con las **indicaciones de autocuidado** que fueron registradas como medidas higiénico dietéticas. Mullen y Simons refieren que la educación y asesoramiento del paciente sobre la salud, el tabaquismo, el abuso del alcohol, control del peso y nutrición, es eficaz para aumentar el comportamiento preventivo<sup>33</sup>

De igual manera Wisborg y Kesmodel hacen mención del mayor riesgo de óbitos en las embarazadas que consumen café con frecuencia<sup>44</sup>

Lopez -Llera y Díaz de León en el estudio que realizaron, refieren que el mejor tratamiento preventivo en las formas leves hipertensión gestacional es el reposo, la ingesta balanceada en aporte calórico, sodio, proteínas, grasa e hidratos de carbono<sup>9</sup>, esto se debe señalar a las gestantes.

Para evitar los embarazos en adolescentes, el aborto inducido ilegalmente y las complicaciones de éste como son las hemorragias y la sepsis, se debe hacer énfasis en la educación de la población para evitar el embarazo no deseado mediante el uso de la anticoncepción<sup>7,42,43,44</sup> variable que fue prácticamente nula en ésta investigación.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## 5.- CONCLUSIONES

En la investigación realizada se logró identificar que parámetros realiza el médico familiar con base a las variables que marca la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido".

Dentro de las acciones que se consideran a favor, como lo estipula la norma oficial; fueron las siguientes: se identificaron signos y síntomas de alarma en todos los expedientes, se registró la presión arterial en la mayoría de los casos, se solicitaron paraclínicos oportunamente, existe prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico desde el inicio de la gestación, se evita la prescripción de medicamentos en la mayoría de los casos antes de la semana 14 del embarazo, fue inevitable en el resto de las pacientes en que existió patología agregada; se registra la medición del fondo uterino y se ausculta la frecuencia cardiaca fetal en la mayoría de las pacientes, se registró el peso y talla en la mayoría de los casos, así como se indican las medidas de autocuidado.

Existieron ciertas situaciones en las que el médico familiar llevó a cabo en forma parcial la normatividad, como fue marcar el diagnóstico integral en las notas médicas, la realización de los exámenes de orina de las semanas subsecuentes y la indicación del toxoide tetánico.

Respecto a la elaboración de la historia clínica, a la valoración del riesgo obstétrico, orientación nutricional, promoción para integrar a la familia, promoción de lactancia materna y orientación sobre planificación familiar son actividades que se consideran prácticamente inexistentes al no realizarse en la mayoría de los casos.

Al medir las variables anteriormente mencionadas se considera que las acciones de la atención prenatal se llevaron a cabo en forma parcial, es decir; existen parámetros de la Norma Oficial Mexicana que el médico familiar no lleva a cabo durante el control prenatal.

En lo referente al perfil de la gestante que acudió a control prenatal durante el lapso de tiempo mencionado es el siguiente: son pacientes con una edad promedio de 26 años, son secundigestas, amas de casa, que acuden a su primer control prenatal en la semana 16, que reciben un total de 6 consultas durante toda su gestación, a las que se les realiza su

primer examen general de orina en la semana 16 y la primera dosis del toxoide tetánico se aplica en la semana 18 , con una escolaridad media y quienes inician su vida sexual activa a los 20 años.

De éste perfil se deduce que las pacientes entran en el rango de edad fértil adecuada para la gestación, que al ser secundigestas esto no se traduce en un control prenatal menos acucioso, que acuden tardíamente a su primer control prenatal, es decir después de la semana 12 de gestación lo que nos hace mover a tomar medidas que motiven a la gestante a acudir más tempranamente a su control prenatal; de esto, se pudieran derivar estudios encaminados a buscar que limita a una paciente embarazada a no acudir tempranamente.

En relación con la valoración del riesgo obstétrico, se observó que éste si se registra en el formato institucional en el rubro específico para éste caso, sin embargo no así en las notas médicas. Respecto a las actividades de promoción en planificación familiar que debe hacer el médico y que se omiten, son probablemente por desconocimiento por parte del medico; al no conocer que la norma oficial indica estos rubros, anotación que es mas usual en las notas de puerperio.

Por lo que respecta al bajo porcentaje que se encontró en la orientación de planificación familiar, ésta se indicó solamente en las multigestas en quienes se trata de obtener su consentimiento para el método definitivo.

Al respecto, se debe enfatizar en el uso de métodos de planificación familiar en todas las gestantes, para la planeación de los embarazos, evitar así, los no deseados y las complicaciones que esto conlleva.

Dentro de ésta unidad de Medicina Familiar, existe un pequeño porcentaje de pacientes trabajadoras que llevan su control prenatal en forma particular, quienes recibieron su primer tratamiento e indicaciones en forma privada y únicamente acuden a consulta dentro del Instituto a recabar la incapacidad, de ésta forma se aprecia un control prenatal tardío a nivel institucional.

Esta investigación realizada muestra fallas respecto al apego existente por parte del médico, al no llevar cierto número de acciones que estipula la norma oficial, no tiene la finalidad de una crítica destructiva, por el contrario; es mostrar las fallas existentes para mejorar la atención que se le brinda a la embarazada.

Los resultados obtenidos en la muestra estudiada, no es probabilística y no pueden generalizarse al resto del instituto, son el resultado que se obtuvo en ese lugar y en ese lapso de tiempo.

En la actualidad se cuenta con programas considerados prioritarios y estratégicos dentro del marco de la prevención. En países como el nuestro, están incluidos en las instituciones de salud haciendo mención del Preven IMSS. ya que la mortalidad materna es un problema de salud, en el marco de la atención prenatal se tiene la finalidad de educar a la población para identificar signos y síntomas de alarma y así utilizar oportunamente los servicios de salud.

Cómo médicos, se debe tener en mente que la vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada permite identificar pacientes con alto riesgo para llegar a un diagnóstico preciso y así; a este tipo de pacientes, canalizarlas oportunamente para la asistencia obstétrica hospitalaria. De igual forma, en las pacientes de bajo riesgo enfatizar las acciones educativas, preventivas con acciones clínicas resolutivas.

Todo lo anterior se resume en tres palabras: enfoque de riesgo; encaminadas a mejorar la atención prenatal para disminuir la morbimortalidad del binomio.

El médico familiar primer contacto de la paciente, debe anticiparse al embarazo con carácter previsible, quien a pesar de tener la menor cantidad de recursos en el primer nivel de atención, puede preparar a la mujer para un embarazo con mayor éxito durante el control prenatal.

Considero prioritario continuar con la formación de profesionales competentes en el manejo de la paciente obstétrica, y este grupo de médicos quienes manejan dichas



patologías y estén interesados en la docencia, participen con su experiencia en el primer nivel de atención con capacitación continua y actualización. Así mismo, se deben establecer programas encaminados a corregir el desinterés de la población que los aliente a utilizar los servicios médicos oportunamente.

Ya que la profesión médica, actividad tan compleja, apreciada y de la que depende la vida de otro ser humano, demanda hoy más que nunca un ejercicio profesional de gran calidad, teniendo en mente que ésta sea la meta.

Conocer de que fallece hoy en día la población derechohabiente del IMSS nos obliga a tomar las medidas necesarias para evitar las muertes prevenibles y prematuras, posponerlas y mejorar la calidad de vida de la población bajo responsabilidad de la Institución.

Cómo médicos, es nuestra obligación moral con la embarazada y su futuro hijo, ofrecerles una oportunidad de mejorar su salud y calidad de vida mediante un diagnóstico prenatal oportuno.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Mejoramiento continuo de la atención prenatal. Citado en junio 2002. Disponible en:  
<http://www.ginecología/obste52101-mejoramiento.htm>
- 2 Control prenatal. Referencia y contrareferencia. Seguimiento post-parto. Citado en junio 2002. Disponible en:  
<http://www.cedip.cl/Guias/Control%20prenatal.htm>
- 3 Sesmero M, Sánchez M, 1998 Vigilancia Prenatal objetivos y actividades diagnósticas. Enciclopedia Médico Quirúrgica: Gynécologie 5007 M20, France, p4.
- 4 Velasco V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. Rev. Med. IMSS 2002;40(3):185-186
- 5 Salazar A, Martínez J, Hernández A. Mortalidad neonatal en un Hospital General de Zona, Rev. Méd. IMSS 2001; 39 ( 4 ): 359-363
- 6 Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med IMSS 2003; 41 (1) p 31-36
- 7 Velasco M, Navarrete H, Cardona P, Madrazo N. Mortalidad materna por aborto en el Instituto Mexicano del Seguro Social Rev Med IMSS 1999; 37 (1) p73-7Lee S.
- 8 Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil IMSS 2º. Ed. 1998 p7-16
- 9 Mortalidad materna. Citado en junio 2003. Disponible en:  
<http://www.archivo2001abril27.nacionales/htm>
- 10 López L, Días de León P, Rodríguez A, Preeclampsia eclampsia un problema médico diferido. Gac Méd Méx 1999; 135 (4) p 397-405
- 11 Velasco M, Navarrete H, Pozos C, Características epidemiológicas de la preeclampsia eclampsia en el IMSS. Rev Med IMSS 1999; 37 (4) p325-331
- 12 Control Prenatal. Citado en junio 2002. Disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/páginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/htm>
- 13 Casini y col. Guía de Control Prenatal . Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002;(2):1-16

- 14 Bronfman p, López M, Magis R, Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica de México* 2003; 45 (6) p445-453
- 15 Tena C., Ahued-Ahued J. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol. Obst.* 2003; 71: 409-420
- 16 Velasco V., Pozos J., Cardona J., Prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. De la teoría a la práctica. *Rev. Med IMSS* 2000; 38 (2):139-146
- 17 Velasco M, Navarrete H, Pozos C. Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en la Región La Raza (1988 a 1997). *Rev Med IMSS* 1999; 37(5) p349-35
- 18 Guía Diagnóstico Terapéutica para la Atención Prenatal en Medicina Familiar. IMSS 1998. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. p 5-25
- 19 Boletín Epidemiológico anual IMSS, Coordinación de Salud comunitaria 2001.
- 20 Boletín Estadístico anual de mortalidad IMSS. Coordinación de Salud Comunitaria 1999
- 21 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. México; octubre 1994
- 22 Bases Generales de las actividades de Educación para la Salud Reproductiva. IMSS Coordinación de Salud Reproductiva p.28-33
- 23 Gallo F., Diez EJ. Perfil profesional del médico de familia Atención Primaria 1999; 23 (4):236-248
- 24 Gomez F., Irigoyen A., Ponce E., Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. México, Edit. Med Fam 1999; p:17-96
- 25 Guía para la tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar. UNAM.
- 26 Control Prenatal. Citado en junio 2002. Disponible en:  
<http://www.e-mas.co.cl/medicina/cprenatal.htm>
- 27 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. SSA, México Febrero 1983.

- 28 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia 1994, enmendada en la 52ª. Asamblea General, Edimburgo Escocia, 2000.
- 29 Hernández L, Trejo P, Ducoing D, Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med Imss 2003 41 (Supl)) S59-S69
- 30 Velasco P, Rodríguez A, Fuentes C, Factores de riesgo preeclampsia-eclampsia en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Fac Med 1999; p7
- 31 Duchon M, Muise K, Embarazo después de los 35 años de edad, Mundo Médico 1994; 21 (237) p 67-74
- 32 Martínez G, Reyes F, García P, Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México 1996; 38 (5) p341-350
- 33 Mullen P, Simons M, Revisión: La educación y asesoramiento del paciente aumenta los comportamientos preventivos. Ann Intern med 1998;6 (5) p241
- 34 Hellman L, Pritchard J, Desarrollo morfológico y funcional del feto. Williams Obstetricia. 6a. Edición. Salvat Mexicana Ed Barcelona España. 1980 p172-175
- 35 García V, García M, La historia clínica, instrumento del trabajo médico. Rev Med IMSS 1999;37 (3) p169-174
- 36 Loranca Z, Toxoplasmosis en el embarazo. Rev Educ Salud. 2003; 8 (73) p16-21
- 37 Basavilvaro R, Pacheco P, Complicaciones quirúrgicas, maternas y perinatales en pacientes con plaquetopenia por Sx. de Hellp en preeclampsia-eclampsia severa en Terapia Intensiva. Ginecol y Obst de Mex 2003; (71)p 379-386
- 38 Control Materno Perinatal. Citado en junio de 2002. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dpspf/pe-cpn.htm>
- 39 Am. Fam. Physician 2003, 67; (12): 2476-2478
- 40 Bustos S, Hernández L, Farías M, Navarro S. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses y menores. Rev Med IMSS 1999; 37 (5) p385 -389
- 41 Wisborg K, Kesmodel U, Bech B. Consumo de café y problemas del embarazo. Rev Aten Med 2003; 16(9) p 61

- 42 Vera G. Embarazo en las adolescentes. Rev. Educ Salud 2004; 8 (80) p59-68
- 43 Manual de Procedimientos de Planificación Familiar 200 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil IMSS p7-20
- 44 Manual para el uso de la metodología anticonceptiva 2000 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil p7-11

## 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 ECHEVERRÍA, 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 postparto, 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, puérperas 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 cardíacos o fúnculares 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 posttérmino: 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 percentila 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 percentila 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 protéico 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 tiroidea 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 de 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<sub>μ</sub>), 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 (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 cardiaco 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 deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

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 involución uterina, los loquios, la tensión 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 postparto.

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 isoinmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D<sub>μ</sub> 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 puérperas 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 tirotropina 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 en seguida 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.
- Púérperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a púérperas.
- Consultas subsecuentes a púérperas.
- 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

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.

**Anomal.**- 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.

#### 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.

#### 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.

#### VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

##### METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros.

El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

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

- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.



- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe 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.

APENDICE D (Normativo)

(primera opción)

APENDICE D (Normativo)

(segunda opción)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS  
PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL  
GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA  
(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE D NORMATIVO)

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

#### 7. Bibliografía

1.- Mortalidad materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Crónica OMS, 1986; 40(5):195.

2.- Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Bol. Epidem. OPS/OMS. 1986; 7:1.

3.- Necesidades esenciales de México. Situación actual y perspectivas al año 2000. 4. Salud. 2a. ed. Siglo XXI editores. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. México, 1983; 78.

4.- Karchmer KS, Armas DJ, Chávez-Azuela J, Shor-PV. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones médico sociales. Gac. Med. Méx. 1975; 65:190.

5.- Farnot UC. Los partos son ahora más seguros. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1986; 7:374.

6.- Schwartz R, Díaz GA, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado RL. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Pub. Científica No. 1205. Uruguay, 1990.

7.- Nesbit R, Aubry R. High-risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obst. Gynec. 1969; 103: 972.

8.- Niswander KR. Manual of Obstetrics. Diagnosis and Therapy. Ed. Little, Brown and Company. Boston, U.S.A. 1980; 52.

9.- Benson RC. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. Lange Medical Publ. Los Altos California, 1976; 737.

10.- Williams. Obstetricia. Salvat Ed. México, 1973; 839.

11.- Jurado-GE. Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento. En Manejo integral de los defectos al nacimiento. Ed. Grupo de Estudios al Nacimiento (GEN). México. 1986; 7.

12.- Mortalidad 1990. Secretaría de Salud, México. 1992; 46.

13.- Encuesta Nacional de Prevalencia de uso de anticonceptivos. Secretaría de Salud. México. 1980.

- 14.- Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. Secretaría de Salud. México. 1987.
  - 15.- Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud. México. 1988.
  - 16.- Alvarez BA, Mortalidad materna I. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. *Gac. Med. Méx.* 1972; 104:25.
  - 17.- Benedeti JT, Starzik P, Frost F. Maternal deaths in Washington State. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66:99.
  - 18.- Beer CE. Promoting Breast Feeding. A national responsibility. *Studies in Family Planning.* 1985; 12:198.
  - 19.- Castelazo AL, Importancia de los estudios de mortalidad materna en la medicina institucional. *Gac. Med. Méx.* 1972; 104:36.
  - 20.- Espinoza RSV. Comités de estudio de la mortalidad materna. Evolución histórica y objetivos. *Ginec. Obstet. Méx.* 1985; 53:237.
  - 21.- Karchmer KS. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualidades en Gineco-obstetricia. *Cong. Méx. Ginecol. Obstet.* 1978; 3(7):577.
  - 22.- Lowenberg FE., Torre BJ, Ahued AJ. Mortalidad materna en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Actualidades en Gineco-obstetricia. *Cong. Méx. Ginecol. Obstet.* 1978; 3(7):578.
  - 23.- Loudon I. Obstetric care, Social class and maternal mortality. *Br. Med. J.* 1983; 293: 606.
  - 24.- Maternal mortality rates. A tabulation of available information. World Health Organization. Division of family Health. Geneva. 1985.
  - 25.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Paltex No. 7 1986.
  - 26.- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México. 1990.
  - 27.- Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio 1990. UNICEF 1990.
  - 28.- Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. México 1991.
  - 29.- Jurado GE. Epidemiología de la prematuridad. Memoria del VIII Congreso Colombiano de Pediatría. Ed. Arbeláez. Colombia, 1967; 478.
  - 30.- Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J. Pediatr.* 1967; 71 (2):159-153.
  - 31.- Jurado GE. El crecimiento intrauterino. *Gac. Med. Méx.* 1971; 102 (2):227-255.
  - 32.- Jurado GE. La curva de crecimiento intrauterino como indicador de riesgo neonatal. I simposio nacional sobre endocrinología e investigación pediátrica. Hosp. Centr. Milít. México, 1985.
  - 33.- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. Simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *Pediatrics.* 1978; 93(1):120-122.
  - 34.- Ballard, Kazmdier K, Driver M. A simplified assessment of gestational age. *J. Ped.* 1979; 95:796.
  - 35.- Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil "Análisis de riesgo-beneficio en el uso de medicamentos administrados durante el embarazo y la lactancia.", IMSS. México. 1994.
  - 36.- WHO: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977; 56:247-53.
  - 37.- Cloherty JP, Stank AR. Manual of neonatal care. Little, Brown Co. 3rd. edition 1991:85-101.
  - 38.- Klaus MH, Fanaroff AA. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Ed. Panamericana 2a. edición 1984.
  - 39.- Manual de evaluación de la calidad de la atención médica. Sistema Nacional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud, SSA México. 1992.
  - 40.- Modelo de atención a la salud. *Revista médica del IMSS.* 1994; Supl. 1, vol.32.
- 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 Sentíes E.- Rúbrica.

## Anexo 2

# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ No Afiliación \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Estado civil: S. C. V. D. UL

### II.- DATOS DE LA FAMILIA

Etapas del ciclo vital: Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro  
Tipo de Familia: Nuclear Extensa Extensa-Compuesta

### III.- CONTROL PRENATAL

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Menarca: \_\_\_\_\_ Ritmo: \_\_\_\_\_ I.V.S.A. \_\_\_\_\_

GESTA: \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ CESAREAS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Se realizó la **historia clínica completa** desde la 1ª. Consulta prenatal? 0=No 1=Si
- 2.- ¿En que **semana** del embarazo recibió la 1ª. **Consulta prenatal**? \_\_\_\_\_ S.D.G
- 3.- ¿Cuál fue el **número total de consultas** recibidas durante el control prenatal? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Se identificaron **signos y síntomas de alarma** en la nota médica? 0=No 1=SI
- 5.- ¿Existió medición 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
- 6.- ¿Se escuchó la **Frecuencia cardiaca fetal** a partir de la 18. semana de embarazo?  
0= nunca 1.- la menor parte 2.- la mitad de las veces 3.- la mayor parte 4.- siempre
- 7.- ¿Se registró el **peso** en todas las consultas prenatales?  
0= nunca 1.- la menor parte 2.- la mitad de las veces 3.- la mayor parte 4.- siempre
- 8.- ¿Se midió la **talla** desde la 1ª consulta? 0=No 1=Si
- 9.- ¿Se registró 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
- 10.- ¿En que semana de gestación se indicó el primer **examen general de orina**? \_\_\_\_\_
- 11.- ¿En que semanas de gestación se realizaron los siguientes E.G.O.? \_\_\_\_\_ SDG
- 12.- ¿Se determinó **grupo sanguíneo y Rh** en la 1ª. consulta prenatal? 0=No 1=Si \_\_\_\_\_ SDG
- 13.- ¿Se realizó **biometría hemática completa** en la 1ª. Consulta prenatal? 0=No 1=Si \_\_\_\_\_
- 14.- ¿Se realizó **química sanguínea** en la 1ª. Consulta prenatal? 0=No 1=Si \_\_\_\_\_ SDG
- 15.- ¿Se realizó **V.D.R.L.** en la primera consulta? 0=No 1=Si \_\_\_\_\_ SDG
- 16.- ¿Se aplicó **toxoides tetánico** en la primera consulta prenatal? 0=No 1=Si \_\_\_\_\_ SDG
- 17.- ¿Existió prescripción profiláctica de **hierro** desde la 1ª. consulta prenatal? 0=No 1=Si
- 18.- ¿Existió prescripción profiláctica de **ácido fólico** desde la 1ª. consulta? 0=No 1=Si
- 19.- ¿Se evitó la prescripción de medicamentos antes de la 14ª. Semana de embarazo? 0=No 1=Si
- 20.- ¿Se registraron en las notas médicas el **diagnóstico integral**?  
0.-nunca 1.- la menor parte 2.- la mitad de las veces 3.- la mayor parte 4.- siempre
- 21.- ¿Se registró en la nota médica el **riesgo obstétrico**? 0=No 1=Si
- 22.- ¿Se indicó **orientación nutricional** en algún momento de la gestación? 0=No 1=Si
- 23.- ¿Se realizó promoción para **integrar a la familia** al control prenatal? 0=No 1=Si
- 24.- ¿Se realizó promoción de **lactancia materna** en algún momento del embarazo? 0=No 1=Si
- 25.- ¿Se indicó orientación sobre **planificación familiar**? 0=No 1=Si
- 26.- ¿Se indicaron medidas de **autocuidado de la salud**? 0=No 1=Si