



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 27
TIJUANA BAJA CALIFORNIA.

VALORACIÓN DEL MANEJO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN RELACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALFREDO ORTEGA GONZÁLEZ

TIJUANA, B.C.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos Jennifer y Joshua por haberme prestado sus horas de los fines de semana y por que siempre serán mi inspiración y motivo de ser cada día mejor.

Aida gracias por estar a mi lado, realmente apuntalas mi éxitos.

Mamá con toda mi admiración y respeto.

A Mexhon, en especial a Danilo y Ricardo gracias por su confianza e incondicional apoyo.

Ángeles y Ceci gracias por ayudarme a crecer.

ÍNDICE GENERAL

Índice.....	5
Antecedentes.....	6
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	13
Objetivo.....	14
Metodología.....	15
Resultados.....	18
Discusión.....	28
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	33
Anexos.....	35

VALORACIÓN DEL MANEJO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN RELACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS

Resumen

Objetivo: Conocer si el médico de primer contacto sigue los lineamientos establecidos en las guías clínicas de control prenatal para el manejo de la paciente con preeclampsia. Sede: Unidad de medicina Familiar No. 27 I.M.S.S. Tijuana, B.C. *Diseño:* Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. *Material y métodos:* Expediente electrónico de 113 pacientes con diagnóstico de preeclampsia emitido por el servicio de gineco-obstetricia, derechohabientes de la UMF 27 IMSS con registro de consultas prenatales en el primer nivel de atención, evaluando edad gestacional de la 1ª consulta prenatal, número de consultas prenatales otorgadas, registro de la TA, presencia de edema, presencia de proteinuria y si se realiza o no envió al servicio de ginecoobstetricia. *Resultados:* El 86% de las pacientes estudiadas correspondieron al grupo de edad > de 20 y < de 35 años. El control prenatal se inicia con mayor frecuencia en la semana 13 de gestación. Solo el 21.2% de las 113 pacientes estudiadas fueron enviadas de manera oportuna al servicio de gineco-obstetricia. Las pacientes no enviadas al servicio de gineco-obstetricia 21.23%, se encontró al edema y elevación de la TA diastólica por encima de 15 mmHg de la basal como los signos más frecuentes. El 36.28%, fueron enviadas de manera tardía. *Conclusiones:* No se inicia el control prenatal en las etapas tempranas del embarazo, el médico de primer contacto no cuenta con cifras tensionales basales de las etapas tempranas del embarazo, además de no dar un adecuado seguimiento al edema y proteinuria durante al embarazo lo que conduce al no apego de la normatividad en el control prenatal de la mujer con preeclampsia.

ANTECEDENTES

La idea de llevar control prenatal se le atribuye a Jhon William Ballantine quien a principios del siglo XX en Inglaterra después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel promaternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y la calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson en 1915 en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido. El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal en Inglaterra y parte del mundo occidental, se debe principalmente a Janet Campbell, quien fue la responsable de iniciar el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal.¹

En 1929 el ministerio de salud de la Gran Bretaña generó la instrucción para que se llevara control prenatal en todas las clínicas del país y desde 1942 se instituye el prescribir vitaminas a la mujer embarazada por lo menos durante 6 meses del embarazo. Posterior a esto la mortalidad materna declinó de 319 por 100,000 en 1936 a 15 por 100 000 en 1985. Atribuyendo también este sustancial descenso a los cuidados prenatales y los avances médicos del entorno: transfusiones, antibióticos y eficiencia en el manejo del balance hidroelectrolítico.² A pesar de lo anterior se estima que en el mundo el número de muertes maternas relacionadas con el embarazo asciende a 600 000 muertes por año, lo que equivaldría a 6 accidentes aéreos de un Jumbo jet con la consecuente muerte de sus 250 pasajeros diariamente. Resaltando en forma importante la inequidad biográfica de las muertes maternas ya que el 95% suceden en países en vías de desarrollo.

Todos los problemas que surgen en el embarazo, desde las más comunes complicaciones hasta las más peligrosas, le implican un riesgo que la paciente y el prestador de salud deben observar. Control prenatal se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.³

Se ha evidenciado mediante estudios, que basta con solo 4 visitas prenatales para una vigilancia efectiva del embarazo, como el que realizó la Organización Mundial de la Salud durante un periodo de 18 meses entre los años 1996 y 1998 en dónde se incluyeron 24,678 mujeres de Cincuenta y tres clínicas de control prenatal, en donde se demostró la efectividad del nuevo modelo de 4 visitas prenatales comparado con el modelo estándar de 12 visitas prenatales.⁴

El modelo estándar establece que la primera revisión debe darse lo mas pronto posible durante el primer trimestre de la gestación, la segunda evaluación clínica un mes después y las subsecuentes con frecuencia mensual los primeros seis meses del embarazo y cada 15 días durante el 7º y 8º mes y cada semana hasta el término, cuyo propósito es prevenir las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación. Para que estos objetivos se cumplan, en los países en vías de desarrollo como México se crearon instrumentos denominados “Guías Clínicas” para el cuidado prenatal que sirven de referencia al médico de primer contacto

para establecer el riesgo obstétrico de la embarazada, denominando a éste como aquella condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad. El Riesgo Obstétrico a su vez se divide en bajo, intermedio y alto, asignando a cada uno de ellos un algoritmo de control prenatal. Por lo tanto a las pacientes con embarazo de bajo riesgo obstétrico se le considera a aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo; las pacientes catalogadas con embarazo de riesgo obstétrico intermedio son en las que existen condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención y las pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico es 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. Estas mujeres requieren de ser atendidas en la consulta externa del segundo nivel como pacientes ambulatorias u hospitalizadas, por lo tanto deberán ser referidas a estas instalaciones desde el primer nivel de atención.⁵ Anexo 1

El objetivo primordial de la vigilancia del embarazo es la detección de complicaciones en su forma más temprana. Entre los trastornos hipertensivos del embarazo, se encuentra la preeclampsia como una de las principales causas de muerte materna en el mundo siendo ésta vista con mayor evidencia en los países en desarrollo. Desde los tiempos de Celsus la preeclampsia fue considerada una enfermedad que se curaba con el término del embarazo. Al pasar de los años esta enfermedad continúa siendo el foco de atención de los investigadores que actualmente se enfocan a la fisiopatología y sus manifestaciones

sistémicas múltiples. En nuestros días se estima que los desórdenes hipertensivos del embarazo pueden complicar hasta a mas del 8% de todas las gestaciones atribuyendo a la preeclampsia como a la más frecuente y devastadora de acuerdo al reporte del grupo de trabajo e investigación en hipertensión durante el embarazo que fue asignado por el Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre NHLBI según sus siglas en inglés, en dónde además de referir a la preeclampsia como aquella enfermedad que se presenta en el primer embarazo y/o en los extremos de la edad fértil de la mujer caracterizada por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, edema y proteinuria que inicia después de la semana 20 de gestación; agregaron que debe sospecharse la presencia de ésta entidad si existe cefalea, dolor abdominal y/o alteraciones de exámenes de laboratorio en forma específica: plaquetopenia, hiperuricemia y/ o disfunción hepática.⁶

Debiendo considerar de suma importancia que dentro de las enfermedades hipertensivas del embarazo la preeclampsia, cuenta con una prueba estándar de oro que la diferencia de las demás conocida como determinación de proteínas en orina de 24 horas. Siendo una referencia importante para la integración del diagnóstico.⁷

La preeclampsia complica aproximadamente un 6% a 8% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo, y hasta en 15% al un 20% en mujeres residentes de países en vías de desarrollo.^{8,11}

La incidencia de preeclampsia en los países desarrollados como USA y el Reino Unido se estima sea del 0.04% al 1.0%. Contrastando con los países en vías de desarrollo en dónde se estiman índices de hasta el 15%. Esta disparidad de cifras lleva a pensar que exista un subregistro de los casos.⁹

Alrededor de todo el mundo 50,000 mujeres mueren por preeclampsia y los riesgos para el feto incluyen retraso en el desarrollo como consecuencia de la insuficiencia placentaria y/o parto prematuro, de hecho la preeclampsia es la causa mas frecuente de prematurés en el 25% de los casos.¹⁰

Estudios en México reportan que dentro de un total de 3,497 causas de muerte, la preeclampsia-eclampsia representa entre 36 a 57.9% de los casos, destacando que los ingresos a la unidad de cuidados intensivos por motivo de preeclampsia en los últimos 30 años se ha duplicado de 2.6 a 5.1 %.¹²

La mortalidad materna en México es muy alta; se estima que por lo menos se encuentra 10 veces mayor que en países desarrollados; de acuerdo a un estudio publicado en 1997 resultado de una revisión de las causas de muerte materna, 1987 a 1996, la preeclampsia-eclampsia ocupa el primer lugar de los fallecimientos maternos con 36.2 por ciento.¹³

De acuerdo a cifras brindadas en el estudio realizado de Mortalidad Materna en el Estado de México la tasa de mortalidad materna en el año 2000 fue de 62.2 por cien mil nacidos vivos en donde la preclampsia y las hemorragias obstétricas como las principales causas.¹⁴

En un estudio llevado a cabo por el IMSS en donde se revisaron 2,578 casos de muerte materna en el periodo comprendido de 1992 a 2001 se encontró que el porcentaje mas alto fue de 38.4% y correspondió a preclampsia-eclampsia.¹⁵

La normatividad actual establece que el medico de primer contacto esta obligado a realizar una detección oportuna de las formas leves de preeclampsia con el objetivo de remitirlo al segundo nivel de atención. Los criterios actuales para establecer el

diagnóstico de preeclampsia leve establecen que deben estar presentes dos o más de los siguientes signos: 1. Presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o elevación mayor o igual a 30 mmHg sobre la habitual. 2. Presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg o elevación mayor o igual a 15mmHg sobre la presión habitual 3. Presión arterial media mayor o igual a 106 mmHg 4. Proteinuria menor de 3 gr en orina de 24 hrs. 5. Edema persistente de extremidades o cara ^{5,16}.

El análisis de los casos de defunciones maternas por esta complicación ha mostrado un componente significativo de responsabilidad de índole médica, caracterizada básicamente por la utilización de criterios diferentes para el diagnóstico, referencia y tratamiento, incluyendo a la falta de vigilancia prenatal o su irregularidad. Por tal motivo existen esfuerzos por parte del sector salud en la creación de documentos que ayuden al médico para unificar criterios diagnóstico terapéuticos que permitan resolver con oportunidad complicaciones del embarazo como la preeclampsia ¹⁷.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es una entidad que ocupa una de las principales complicaciones del embarazo a nivel mundial con una prevalencia cercana al 8% en los países en desarrollo y considerando que en México es la principal causa de morbilidad materna con tasas de hasta 36.2%, resulta importante valorar si el médico de primer contacto maneja a la paciente con preeclampsia como se indica en las guías clínicas de control prenatal. Las que en forma precisa establecen la detección del riesgo obstetrico de la mujer embarazada y en el caso de la mujer con signología clínica sugestiva de preeclampsia debe enviarse al servicio de gineco-obstetricia en cuanto la detección se establezca.

JUSTIFICACIÓN

México como un país en vías de desarrollo pretende abatir los índices de morbimortalidad materna, cifras de estudios recientes siguen catalogando a la preeclampsia-eclampsia como una de sus principales causas. El Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana atiende a más del 50% de la población femenina en edad fértil, por lo tanto resulta importante evaluar si las herramientas establecidas para el control prenatal diseñadas, son aplicadas en el primer nivel de atención concretamente en esta entidad que afecta a la mujer en su primera gestación y/o en los extremos de la edad fértil. Así mismo resulta interesante conocer que grado de importancia le da la paciente de nuestra entidad a llevar un control prenatal oportuno, tal y como lo establece el modelo estándar de iniciar el control del embarazo a la edad más temprana posible y cada mes durante los primeros 6 meses, cada 15 días durante el 7º y 8º mes y por último cada semana. Por que mientras el control prenatal se inicie en las etapas mas tempranas existirá la posibilidad de evaluar las condiciones de salud de la paciente embarazada y así realizar la intervenciones medico asistenciales prudentes que permitan abatir la aparición de complicaciones y/o en el caso de la preeclampsia exista una atención cuidadosa de los signos clínicos de este padecimiento por parte del médico de primer contacto para que de acuerdo a la normatividad establecida se generen la acciones médico terapéuticas pertinentes y sobre todo se realice el envío oportuno al segundo nivel de atención.

OBJETIVO

Conocer si el médico de primer nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar No.27 del IMSS en Tijuana, Baja California sigue los lineamientos establecidos en las guías clínicas de control prenatal para el manejo de la paciente con preeclampsia.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

En la Cd. de Tijuana B.C. se acudió al HGR No. 1 del IMSS en el periodo del 1o. de noviembre al 15 de diciembre de 2005 para recolectar los datos de las pacientes que se atendieron en ese hospital y que fueron diagnosticadas con preeclampsia por el servicio de ginecoobstetricia, tomados de las formas de registro de consulta 40-30-6 que comprendieron desde el primero de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2005.

Considerando que la preevalencia de preeclampsia es de 8%, el tamaño de la muestra que se requirió fue de 113 pacientes con base a la siguiente formula:

$$N = Z^2 \times p(1-p)/m^2$$

$$N = 3.8416 \times .08 (1-.08)/.0025$$

$$N = 113$$

Con los nombres y el no. de afiliación obtenidos se rastrearon los expedientes clínicos en los consultorios de la UMF 27 del IMSS en Tijuana B.C. para su análisis y recolección de datos.

Los criterios de inclusión que se emplearon en el estudio fueron: Pacientes que hayan sido diagnosticadas con preeclampsia en el HGR1 del IMSS en Tijuana por el servicio de ginecoobstetricia, pacientes derechohabientes de la UMF No. 27 en Tijuana, pacientes con registro de consultas prenatales en el expediente de la UMF No. 27 en Tijuana.

Los criterios de exclusión empleados fueron: Pacientes sin diagnóstico de preeclampsia, pacientes no derechohabientes de la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B.C.

Los criterios de eliminación empleados fueron: Pacientes con ausencia de registro en el expediente de la primera consulta prenatal en el primer nivel de atención, pacientes sin

registro de consultas prenatales en el primer nivel de atención y pacientes con expedientes incompletos en el HGR 1 del IMSS en Tijuana B.C.

Las variables a recolectar para el estudio consistieron en conocer la edad de la paciente; la edad gestacional en la primera consulta prenatal; el número de consultas prenatales recibidas; el registro de la tensión arterial en todas las consultas prenatales; edema ya sea en extremidades, cara o abdomen; proteinuria; edad gestacional en el momento de diagnóstico de preeclampsia en el HGR 1; envío oportuno a segundo nivel; envío tardío a segundo nivel; que paciente no es enviada a segundo nivel y contaba con criterios diagnósticos de preeclampsia y que paciente no es enviada a segundo nivel por no contar con criterios diagnósticos de preeclampsia y como llega el embarazo a su término. Ver Anexo 2: hoja de recolección de datos.

La información obtenida se vaciará al programa spss para su análisis estadístico y obtención de las conclusiones.

En todos los casos se omitirá el nombre de los médicos que hayan llevado a cabo el control prenatal de las pacientes en estudio.

Conceptualización de variables

Edad gestacional.- Periodo de tiempo determinado que comprende desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el nacimiento del producto de la gestación.

Consulta prenatal.- Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

Tensión arterial.- Es el resultado derivado de las fuerzas que se ejercen por el bombeo cardiaco en sus fases sistólica/diastólica, la resistencia de las paredes arteriales y el flujo de la sangre a través de ellas.

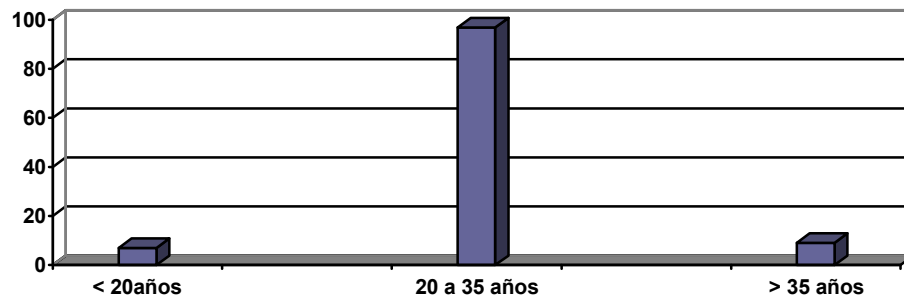
Edema.- Incremento de líquido en el espacio intersticial de los tejidos corporales.

Proteinuria.- Presencia de proteínas en orina.

RESULTADOS

En el estudio realizado se encontró que la edad promedio que presentaron las 113 pacientes fue de 26.9 años con solo 7 pacientes menores de 20 años y 9 mayores de 35 años como lo muestra la gráfica 1.

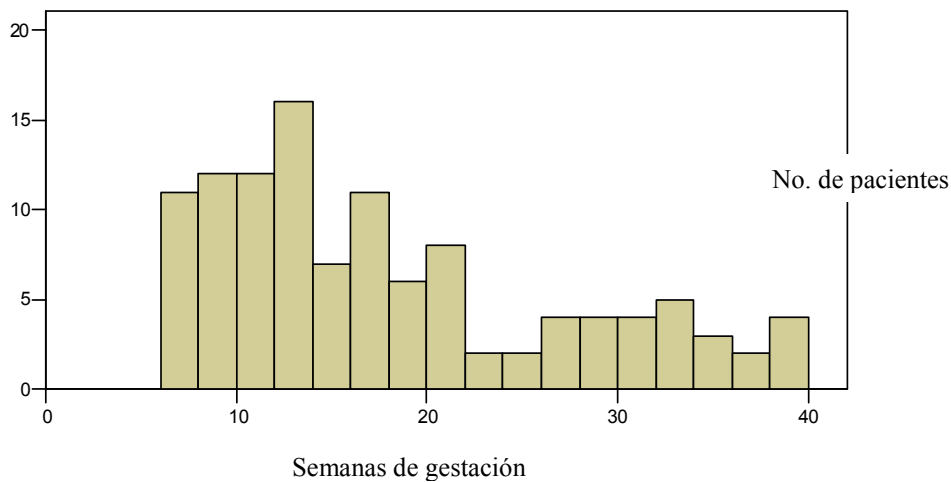
Gráfica No. 1.



Con referencia a la edad gestacional, la semana 17 fue el promedio de inicio de control prenatal en este estudio, en donde 11 pacientes iniciaron su control prenatal en la semana 13 de gestación siendo éste el porcentaje mas alto en frecuencia (9.7%). Grafica No.2

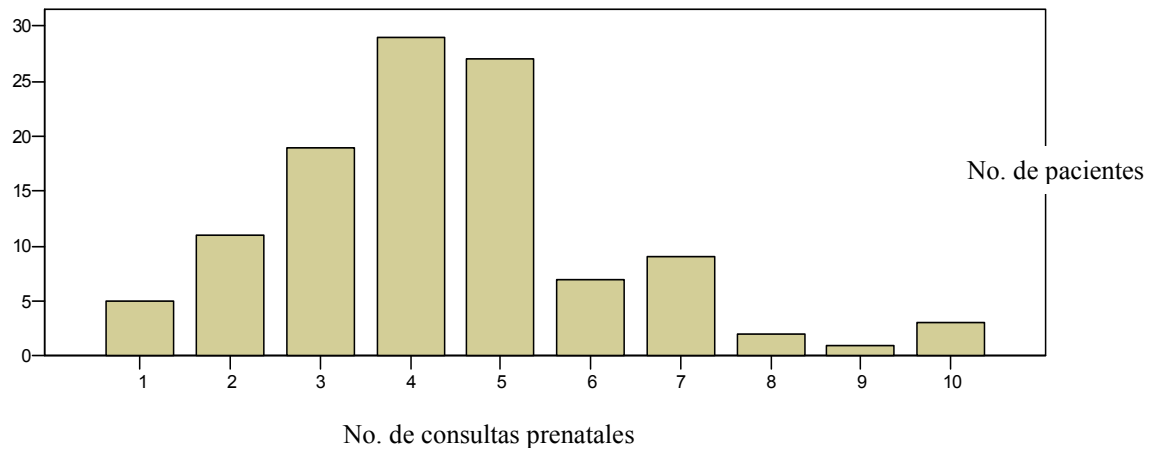
Gráfica No. 2

Edad gestacional de la 1a. consulta prenatal



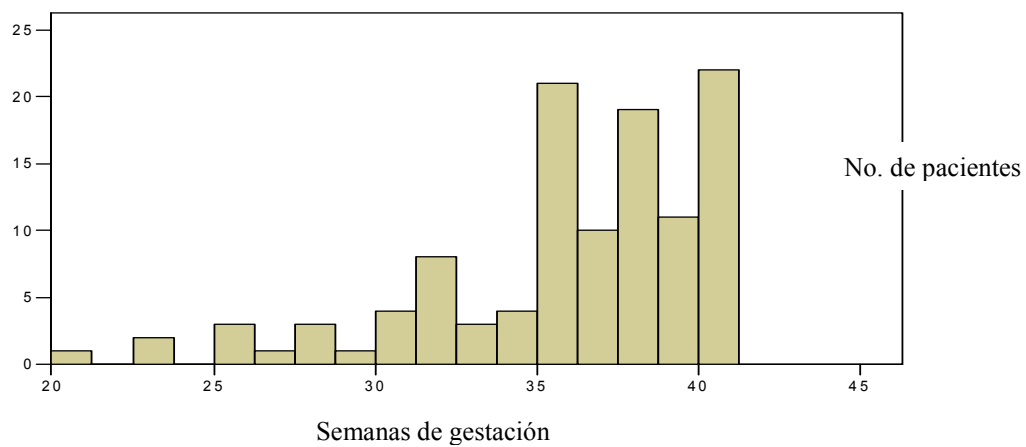
En la gráfica 3 observamos que en relación a las consultas prenatales recibidas por las pacientes el promedio fue de 4.

Gráfica No. 3



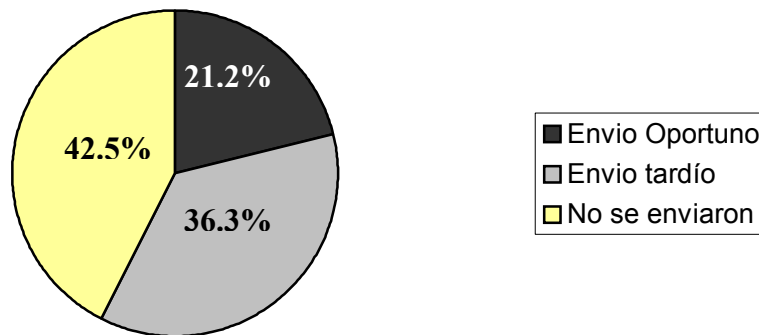
Y la edad gestacional promedio en que se diagnosticó preeclampsia en segundo nivel fue a la semana 35. Según se aprecia en la gráfica 4

Gráfica No. 4



De las 113 pacientes estudiadas 24 (21.2%) fueron enviadas en forma oportuna a 2o. nivel, 41 (36.3%) fueron enviadas de manera tardía y 48 (42.5%) no se enviaron a 2o. nivel tal y como lo muestra la gráfica 5:

Gráfica No. 5



Las 24 (21.2%) pacientes que se enviaron de forma oportuna a segundo nivel reunían como mínimo 2 criterios diagnósticos de preeclampsia y el médico de primer contacto al detectarlo en la consulta prenatal correspondiente realizó el envío a 2o. nivel con carácter de urgente.

Las 41 (36.3%) pacientes que se enviaron de forma tardía a segundo nivel a pesar de reunir como mínimo 2 criterios diagnósticos de preeclampsia, el médico de primer contacto no realizó el envío a 2o. nivel en la consulta prenatal correspondiente, sino hasta pasadas varias consultas prenatales y/o agravamiento de la signología de la preeclampsia.

Y por último las 48 (42.5%) pacientes que no fueron enviadas a 2o nivel y que fue confirmado el diagnóstico de preeclampsia en el servicio de ginecobstetricia del HGR No.1 se encontró que 24 pacientes (50%) contaban con al menos 2 criterios diagnósticos para ser enviadas y no se realizó por parte del médico de primer contacto. Las 24 pacientes restantes no presentaron signología sugestiva de preeclampsia o solo presentó

un signo (edema, alteración de la tensión arterial o proteinuria) en forma aislada mientras llevó la vigilancia del embarazo en el primer nivel de atención.

De acuerdo a lo anterior se observó que de las 24 pacientes que no fueron enviadas a segundo nivel y que contaban con criterios para diagnóstico de preeclampsia se encontró la siguiente distribución que presenta la tabla 1:

Tabla No. 1

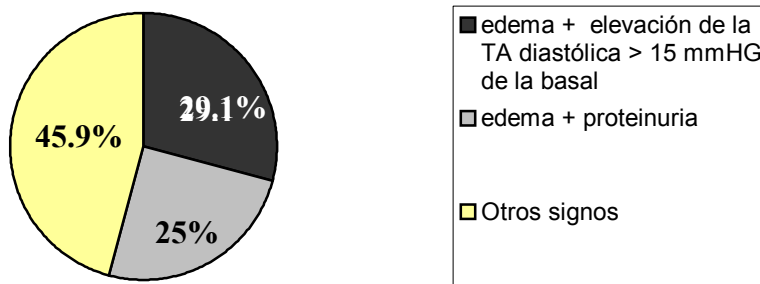
Signología encontrada en pacientes que no se enviaron a 2o. nivel y contaban con criterios para el diagnóstico de preeclampsia	Número de casos
Edema + Elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	7
Edema + Proteinuria	6
Edema + Proteinuria + Elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	3
Edema + TA sistólica de 140 ó >	2
Edema + TA diastólica de 90 ó >	1
Proteinuria + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal	1
TA sistólica de 140 ó + TA diastólica de 90 ó >	1
Edema + Proteinuria + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal + Elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	1
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal + Elevación de la TA > 15 mmHG de la basal	1
Edema + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó >	1

Y como bien puede apreciarse en la tabla anterior 22 de las 24 pacientes (91.6%) presentaron edema, 12 de las 24 pacientes (50%) presentaron elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal, 11 de las 24 pacientes (45.8%) presentaron proteinuria, 4 de las 24 pacientes (16.6%) presentaron TA sistólica de 140 ó >, 3 de las 24 pacientes (12.5%) presentaron TA diastólica de 90 ó > y solo 3 pacientes (12.5%) presentaron elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal.

Resaltando la asociación de edema + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal en 7 pacientes de las 24 (29.1%) y edema + proteinuria en 6 pacientes de las 24

(25%). En las 11 (45.9%) pacientes restantes de las 24 no enviadas presentaron signología diferente en cada uno de los casos mejor esquematizada en la gráfica 6

Gráfica No.6.- Signología encontrada en las pacientes no enviadas en forma oportuna a 2º. nivel



Las pacientes que fueron enviadas de forma oportuna, esto es, en el momento en que se detectaron al menos 2 signos clínicos sugestivos de preeclampsia, la distribución de la signología en las 24 pacientes enviadas oportunamente se presentó como lo muestra la tabla 2:

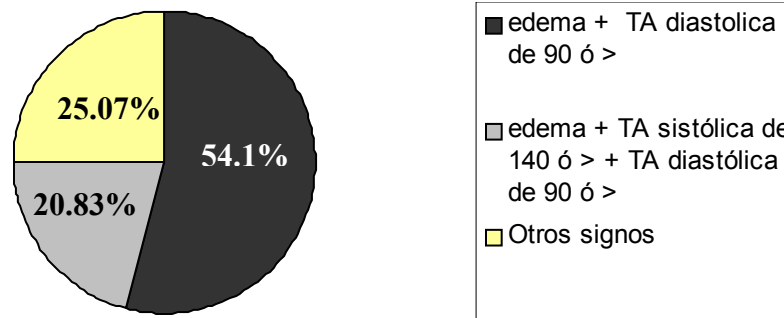
Tabla No. 2

Signología encontrada en las pacientes enviadas en forma oportuna a 2o. nivel	Número de casos
Edema + TA diastólica de 90 ó >	13
Edema + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó >	5
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal	1
Edema + Proteinuria + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó >	1
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal + TA diastólica de 90 ó >	1
Edema + Proteinuria	1
Edema + Proteinuria + Elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	1
Edema + Elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	1

Resaltando la asociación de Edema + TA diastólica de 90 ó > en 13 (54.1%) pacientes de las 24 enviadas, seguido en orden de frecuencia la asociación de edema + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó > en 5 (20.83%) pacientes de las 24 enviadas. En las 6

(25.07%) pacientes restantes de las 24 enviadas presentaron signología diferente en cada uno de los casos. Como lo reporta la gráfica No.7.

Gráfica No. 7.- Signología encontrada en las pacientes enviadas en forma oportuna a 2º. nivel



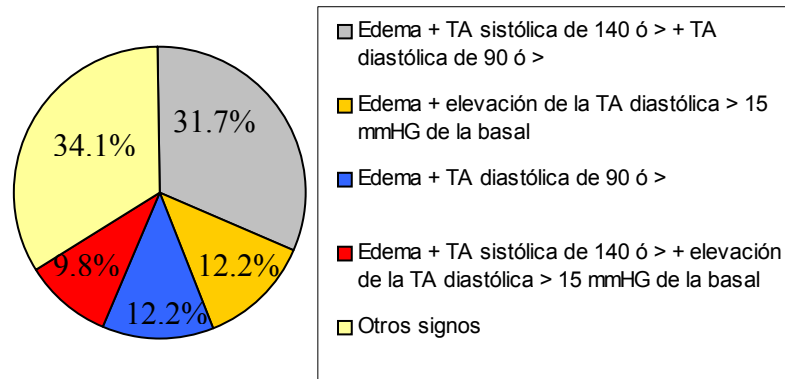
Con referencia a aquellas pacientes que fueron enviadas de forma tardía a 2o. nivel por parte del médico de primer contacto se observó lo descrito en la tabla No. 3:

Tabla No. 3

Signología Encontrada en pacientes enviadas de forma tardía a 2o. nivel	Número de casos
Edema + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó >	13
Edema + TA diastólica de 90 ó >	5
Edema + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	5
Edema + TA sistólica de 140 ó > + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	4
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	2
Edema + Proteinuria	2
Edema + Proteinuria + TA diastólica de 90 ó >	2
Edema + Proteinuria + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	2
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal	2
Edema + Elevación de la TA sistólica > 30 mmHG de la basal + TA diastólica de 90 ó >	1
Edema + Proteinuria + TA sistólica de 140 ó > + elevación de la TA diastólica > 15 mmHG de la basal	1
Edema + Proteinuria + TA sistólica de 140 ó >	1
Edema + Proteinuria + TA sistólica de 140 ó > + TA diastólica de 90 ó >	1

Resaltando la asociación de tres signos en los casos mas frecuentes como mejor se aprecia en la grafica 8.

Gráfica No. 8.- Signología encontrada en las pacientes enviadas en forma tardía a 2° nivel



Al investigar los resultados de laboratorio se pudo observar que de las 113 pacientes 25 (22.1%) manifestaron proteinuria, de las cuales solo 4 (16.%) fueron reportadas en el expediente clínico y el resto 21 (84%) se omitió el reporte en el expediente esquematizado en la tabla 4.

Tabla No.4

Proteinuria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Presente y reportada	4	3.5	16.0
Presente y No reportada	21	18.6	84.0
Total	25	22.1	100.0
Sin proteinuria	88	77.9	
Total	113	100.0	

La terminación del embarazo de las 113 pacientes que se estudiaron se encontró distribuida en 11 (45.8%) partos y 13 (54.2%) cesáreas en las 24 pacientes que fueron enviadas de forma oportuna a segundo nivel; 8 (19.5%) partos y 33 (80.5%) cesáreas en las 48 pacientes que se enviaron tardíamente y por último las 48 pacientes que no fueron

enviadas reportaron 22 (45.8%) partos y 26 (54.2%) cesáreas según se aprecia en la tabla 5.

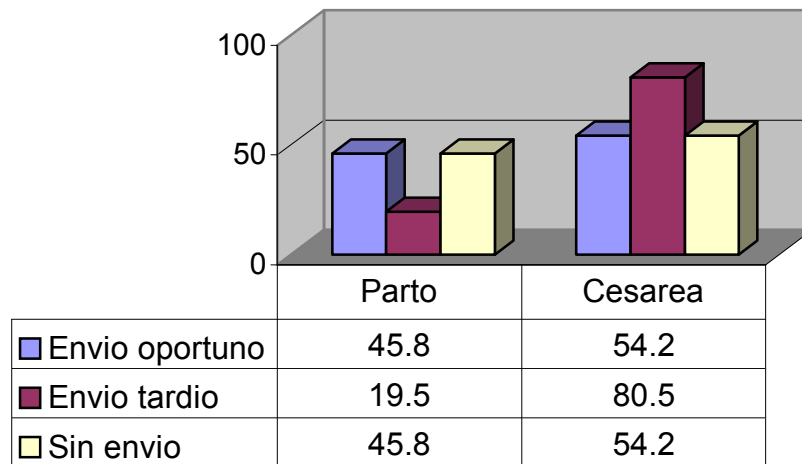
Tabla No.5

Relación entre el tipo de envío y la terminación del embarazo

		Terminación del embarazo		Total
		parto	cesárea	
Envío	oportuno	11	13	24
	tardío	8	33	41
	sin envío	22	26	48
Total		41	72	113

Gráfica No. 9

Distribución de porcentajes de acuerdo al tipo de envío y la terminación del embarazo



48 de las 113 pacientes que no fueron enviadas a 2o. nivel llegaron a la terminación del embarazo 22 con parto y 26 con cesárea. En dónde las 24 pacientes que contaban con criterios diagnósticos de envío 11 (45.8%) culminaron el embarazo en parto y 13 (54.2%) en cesárea, observando la misma frecuencia en las que no contaban con criterios diagnósticos de envío, como lo esquematizan la tabla 6 y las grafica 9 y 10 .

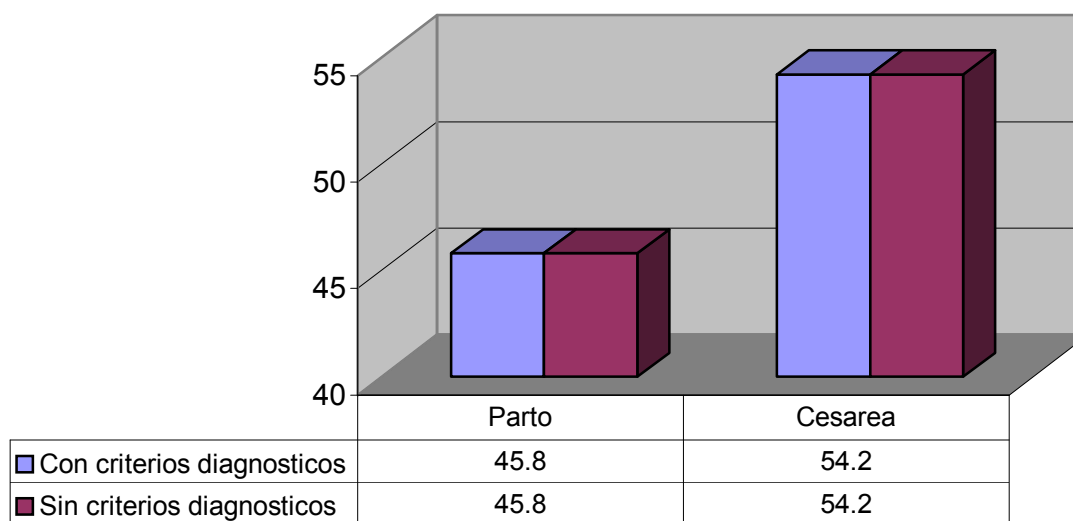
Tabla No.6

Relación entre las pacientes no enviadas y la terminación del embarazo

		Terminación del embarazo		Total
		Parto	cesarea	
Sin envio	Con criterios dx	11	13	24
	Sin criterio dx	11	13	24
Total		22	26	48

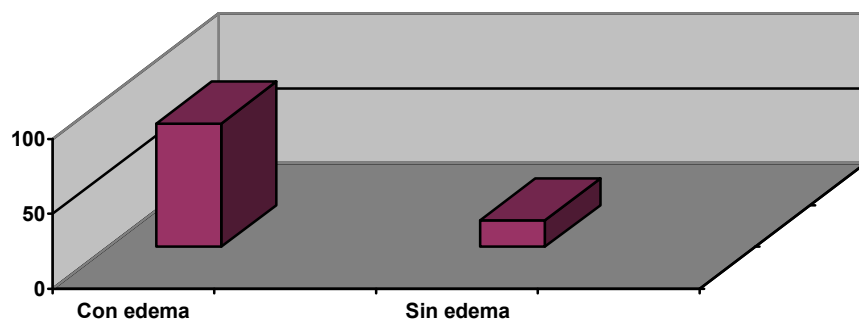
Gráfica No. 10

Porcentaje de distribución de la terminación del embarazo en las pacientes no enviadas a segundo nivel



Con referencia al signo clínico del edema 93 (82.3%) pacientes de las 113 estudiadas les fue detectado en el control prenatal en el primer nivel de atención como lo muestra la gráfica 11.

Gráfica No. 11.- Frecuencia del edema



DISCUSIÓN

Solo el 14% de las pacientes de la población estudiada correspondió a las edades en las que la literatura refiere como la población de mayor riesgo en edad para presentar preeclampsia ⁶ el resto de las pacientes 86% se encontraron en el grupo de edad > de 20 años y < de 35.

De alto interés y preocupación resultaron los datos obtenidos en relación a lo tardío que las pacientes en este estudio iniciaron su control prenatal observando que solo el 31% de las pacientes iniciaron su control prenatal dentro del primer trimestre y el 69% de las pacientes iniciaron control prenatal después del primer trimestre contrario a lo recomendado en las guías clínicas de control prenatal ⁵. Y si no fuera suficiente el número promedio de consultas prenatales otorgadas no llegó a más de 4.

Lo anterior derivó en que la paciente fuera diagnosticada con preeclampsia en el 2o. nivel de atención al final del tercer trimestre del embarazo en más del 60% de los casos. Sin encontrar en la literatura estudios que revelen a que edad gestacional se diagnostica por primera vez preeclampsia en un segundo nivel de atención.

El estudio permitió conocer que en el primer nivel de atención solo 21.2 % de las pacientes fueron manejadas de acuerdo a la normatividad que marcan las guías clínicas y que en el 57.5% de los casos no se aplicaron las recomendaciones de éstas.

Una probable justificación de la situación presentada en las pacientes que no se enviaron a segundo nivel y que contaban con criterios para el diagnóstico de preeclampsia es lo tardío del inicio del control prenatal, el que no permitió conocer una basal de la TA diastólica, que como bien pudimos apreciar en los resultados, junto con el edema fueron los casos mas frecuentes de no envió 50%, el medico de primer contacto probablemente no pudo percatarse de esa elevación en la presión diastólica > a 15 mmHg.

Por otra parte ninguna paciente que se envió de forma oportuna a segundo nivel presentó elevación de la TA diastólica > 15 mmHg, lo que hace sospechar que realmente hayan sido enviadas de manera oportuna ya que también se encontraron incluidas pacientes con inicio de control prenatal después del primer trimestre. En estas pacientes la asociación mas frecuente fue observada entre el edema y elevación de la TA diastólica de 90 ó $>$ en donde la literatura mas actual refiere que por la dificultad de la valoración en la elevación de la TA $>$ a 15mmHg durante el control prenatal la TA diastólica $>$ de 90 se reconoce con mas peso.⁶

Las pacientes que fueron enviadas de manera tardía a segundo nivel en el 60% de ellas asociaron mas de 3 signos sugestivos de preeclampsia, predominando Edema + TA sistólica de 140 ó $>$ + TA diastólica de 90 ó $>$, resultando nuevamente interesante conocer si sus basales en la TA rebasaron los 30 mmHg en la sistólica o los 15 mmHg en la diastólica antes de alcanzar las cifras de 140/90 respectivamente.

Otro dato por demás importante resaltar fue la indiferencia por parte del médico de primer contacto a considerar la presencia de trazas de proteínas en 84% de los exámenes generales de orina reportados después de la semana 20 en el primer nivel de atención. Situación que bien pudo haber sido mayor ya que en el 50% de las pacientes en estudio no se encontraron solicitados exámenes generales de orina después de la semana 20 de gestación.

Aunque sin ser motivo del estudio cabe resaltar que en relación al término del embarazo de las pacientes se observó una diferencia significativa en las pacientes que se enviaron de manera tardía a segundo nivel por parte del médico de primer nivel encontrando que por cada parto se realizaron 4 cesáreas en los 41 casos reportados. No encontrado

diferencias significativas en relación a parto /cesárea en los envíos oportunos y casos sin envío en dónde la relación guardada es de 1:1.

Por último en la literatura internacional se hace mención que el edema es un signo no específico y puede estar presente en muchas pacientes normotensas embarazadas⁶, sin embargo como bien pudimos apreciar en el estudio el 82% de las pacientes presentaron edema.

CONCLUSIONES

Antes de hablar de control prenatal es importante considerar el hablar de cuidado preconcepcional el cual debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La adolescente debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebé y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento por lo tanto el cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos a las que una futura madre puede enfrentar.

De igual manera se requieren acrecentar los esfuerzos en promover un cuidado prenatal temprano de ser posible antes de la segunda mitad del primer trimestre, lo que permitirá al médico de primer contacto detectar desde los inicios mas tempranos del embarazo las posibles complicaciones en el mismo.

Así mismo es importante tomar en cuenta todos los aspectos que señalan las guías clínicas de control prenatal que de alguna forma no ayudan al médico de primer nivel a prevenir la aparición de entidades como la preeclampsia, pero si a emplear de manera oportuna y eficaz todas la herramientas que se encuentren al alcance del primer nivel de atención, para que oportunamente se detecte a la preeclampsia y la paciente alcance el segundo nivel de atención. Consideremos que la signología clínica es el sustento para un diagnóstico oportuno.

Este estudio dejó al descubierto el poco apego del médico de primer nivel de atención a la normatividad para el manejo de la paciente con preeclampsia, lo que a su vez puede considerarse un factor determinante para la alta incidencia de preeclampsia en los países en vías de desarrollo.

No obstante el sector salud debe comprometerse a promover el conocimiento y aplicación de éstas guías y/o a la investigación de las razones por las cuáles en el primer nivel de atención no se cumple al 100% con esta normatividad.

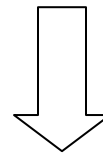
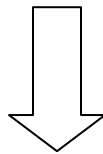
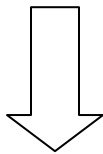
BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pages Gustavo. Control Prenatal. Obstetricia Moderna 3a. ed 2005 McGraw-Hill
Capitulo 2. pp16-30
- 2.- Johnson Timothy R. B., Niebyl. Jennifer R Normal and Problem Pregnancies, 4th ed
2002, Churchill Livingstone, Sec 2. Prenatal Care. Chapter 6. pp139-159
- 3.- Casini y col . Guía de Control Prenatal Embarazo normal Rev. Hosp. Mat. Ramón
Sarda 2002, 21 2. pp 51-62.
- 4.- Villar J, Bergjo P. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. 2003. pp1-40
- 5.- Hernández B, Trejo y Pérez J, Ducoing D, Vázquez L, Tome P. Guía Clínica para la
atención prenatal. Rev Med IMSS 2003; 41: S59-S69.
- 6.- Roberts, James M.: Pearson, Gail; Cutler, Jeff; Lindheimer, Marshall. Summary of the
NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. 41(3) March
2003 pp 437-445.
- 7.- Wilson, Melissa L., Murphy Goodwin, Thomas, Pan, Vivien L., Ann Ingles, Sue.
Molecular Epidemiology of Preeclampsia. Obstetrical & Gynecological Survey. Vol 58 (1),
January 2003 pp 39-66.
- 8.- Aagaard-Tillery, Kjersti M, Belfort, Michael A, Eclampsia: Morbidity, Mortality, and
Management. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol 48(1), March 2005, pp12-23.
- 9.- James P Rachael, Nelson-Piercy Catherin. Management of Hypertension before,
during, and after Pregnancy. Heart 2004; 90:1499-1504.

- 10.- Norwitz, Errol R, Robinson, Julian N, Repke, John T. Prevention of preeclampsia: Is it Possible? Clinical Obstetrics and Gynecology Vol 42(3) Sep 1999 pp436-443
- 11.- Briones GJC, Diaz de Leon PM, Gomez BTE, Avila EF, Rodriguez RM, Briones VCG. Mortalidad Materna y medicina Critica. Tres décadas (1973-2003) rev Asoc Mex Med Crit Ter Int 2004; 18(4):118-122.
- 13.- Diaz de Leon, Briones Garduño, Kably Ambe, Barón Vallejo, Espinoza Morales, Juárez Aragón. Cuidados intensivos en Obstetricia. Rev Asoc Med Crit Ter Int 1997;11(2): 36-40.
- 14.- Gómez-Bravo, Briones Garduño, Morales Esquivel, Rodríguez Roldán. Mortalidad Materna en el estado de México. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int 2003; 17(6) 199-203.
- 15.- Vitelio Velasco-Murillo, Navarrete Hernández. Mortalidad Materna en el IMSS 1992-2001. Gac Med Méx Vol No.1, 2003 pp17-22
- 16.-Ahued Ahued Jose y Col. Estados Hipertensivos del embarazo. PAC GO-1 Libro 2 Obstetricia 1a ed 1998 pp 550-587.
- 17.-Alarcón Navarro, Velasco Murillo. Norma Técnico Medica para la prevención y manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. IMSS Dirección de prestaciones Médicas. Coordinación de salud Reproductiva y materno Infantil. Pp 01-32.

Anexo 1.

ALTO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	BAJO RIESGO
Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Cardiopatía Nefropatía Dos o mas abortos** Preeclampsia-Eclampsia** Rh(-) con Coombs indirecto (+) Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave Malformaciones congénitas** Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre	Edad < de 20 y > de 34 años Dos o más cesareas Cuatro o más embarazos** Infección de vías urinarias Tabaquismo crónico Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre Productos prematuros o con bajo peso al nacer** Muerte fetal**	Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto Intervalo intergenésico < de dos años Una cesarea o aborto** Estatura menor de 1.50 mts Escolaridad primaria o menos



Envío al segundo nivel de atención	Atención prenatal por el Medico Familiar	Atención prenatal por la Enfermera materno infantil
------------------------------------	--	---

* La presencia de uno o más de los factores o características permite clarificar la magnitud del riesgo.

** Antecedente

Anexo 2.
Nombre
Edad

No. de Afiliación

Edad Gestacional de la primera consulta prenatal	
Número de consultas prenatales recibidas	

Fecha									
T/A									
Edema a)ext. Inf b)cara c)manos d)abdomen									
Proteinuria									

Fecha									
T/A									
Edema a)ext. Inf b)cara c)manos d)abdomen									
Proteinuria									

Edad gestacional en el momento de diagnóstico de preeclampsia en el HGR 1	
Envío oportuno a segundo nivel	
Envío tardío a segundo nivel	
Sin envío a 2o nivel con criterios diagnósticos	
Sin envío a 2o nivel sin criterios diagnósticos	
Terminación del embarazo	