



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL ZONA 2 TUXTLA GUTIERREZ  
CHIAPAS

**CUMPLIMIENTO DE LA VIGILANCIA PRENATAL POR  
EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN PRIMER NIVEL  
DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

***DR. HUGO ALBERTO VELASCO ALEMAN***



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.

# **CUMPLIMIENTO DE LA VIGILANCIA PRENATAL POR EL EQUIPO MULTIDICCIPLINARIO EN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DR. HUGO ALBERTO VELASCO ALEMAN**

## A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. JOSE DEL C. GRAJALES PALACIOS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

ENF. VIOLETA E. SÁNCHEZ RIOS  
ASESOR METODOLOGICO.  
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA.  
DIPLOMADO EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMA DE SALUD.

DR. ROGELIO SÁNCHEZ FIGUEROA  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
COORDINADOR DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 23  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

MTRA. BLANCA ESTHELA SOTELO ORTIZ  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

# **CUMPLIMIENTO DE LA VIGILANCIA PRENATAL POR EL EQUIPO MULTIDICIPLINARIO EN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DR. HUGO ALBERTO VELASCO ALEMAN**

## A U T O R I Z A C I O N E S

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  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

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

MARCO TEORICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	11
- Tipo de estudio:.....	11
- Población de estudio: .....	11
- Lugar de Estudio: .....	11
- Tiempo del estudio:.....	11
- Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra: .....	11
- Criterios de Selección: .....	12
- Información a Recolectar (variables).....	13
- Procedimiento Para Captar La Información .....	15
- Consideraciones Éticas .....	15
RESULTADOS .....	16
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIONES .....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	22
A N E X O S.....	23

## MARCO TEORICO

El diagnóstico de embarazo es sencillo ya que la propia paciente sabe que lo está, y solo consulta al médico para tener la certeza del diagnóstico. Este se complica por factores fisiológicos y psicológicos, por lo que es importante iniciar el control prenatal con oportunidad ya que este es el proceso que permite la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal que favorece la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención (1, 2, 3,4).

En cada país implementan sus propios modelos de control prenatal, los que actualmente no son evaluados de forma científica rigurosa para verificar su efectividad, ya que lo que reflejan los índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal son la consecuencia de no brindar un buen control prenatal. (4)

LA Organización Mundial de la Salud (OMS), hace esfuerzos constantes para mejorar el proceso del control prenatal en los países subdesarrollados ya que se ha comprobado que estos copian modelos de países desarrollados, pero debido a las carencias que encuentran se ven obligados a modificarlos disminuyendo con ello la calidad y efectividad del proceso. (3)

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, menciona que la mayoría de los daños maternos, obstétricos y del recién nacido pueden ser prevenidos, detectados y tratados con la aplicación de procedimientos normados para esta atención, utilizando enfoque de riesgo y realizando actividades de tipo preventivo; así también limitar otros procedimientos que se usan y que lejos de aportar beneficios aumentan la morbilidad y mortalidad materna e infantil, como por ejemplo lo que se realiza para acelerar los partos, o la anestesia obstétrica en trabajos de parto normales. Enfocar las acciones del equipo de salud en la orientación a las madres sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que necesitan atención médica urgente. Sobre todo unifica normas, criterios y procedimientos para la atención Materno Infantil, de observancia obligatoria para todas las instituciones de salud públicas y privadas a nivel Nacional(5). En base a esta norma, en México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó la Guía Diagnóstico Terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar, así como el Manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal y Puerperal en Medicina Familiar, los que describen los criterios y procesos técnicos más importantes que debe aplicar el equipo multidisciplinario de salud, conformado por: Asistente del Médico Familiar, Médico Familiar, Asistente de la Enfermera Materno Infantil, Enfermera Materno Infantil, Trabajadora Social, Jefe de Servicio de área Médica, Coordinadora de Asistentes Médico, Jefe de Enfermeras y Jefe de Trabajo Social; durante la vigilancia del embarazo, incluyendo clasificación del grado de riesgo y características de la vigilancia prenatal según el tipo de embarazo, las principales consideraciones diagnósticas y recomendaciones, en relación con las complicaciones más frecuentes así como criterios de envío a otros niveles de atención, por otra parte se contemplan también la educación de las mujeres embarazadas para el cuidado de su salud y los personajes que deben intervenir en este proceso ya que es fundamental para el éxito del mismo. (1,2)

Es importante como lo sugiere la OMS y como se plantea en la mayoría de los trabajos que hablan sobre control prenatal, identificar plenamente los factores de riesgo de la mujer embarazada, evaluar correctamente la edad gestacional, la condición fetal y la condición materna, así como la educación de la madre en cuanto a signos y síntomas de alarma, nutrición, preparación para el parto, planificación familiar y todo lo relacionado con el binomio madre e hijo para llegar a buen término en su embarazo. (1,2,4,6,7)

En el mundo se producen más de 500,000 muertes maternas cada año. 99% de éstas en países en desarrollo.(8). Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la eficiencia de la atención prenatal. En América las tasas demuestran disminución en un estudio efectuado entre 1990 con los de 1997-1999, con diferencia abismal entre países desarrollados y pobres; por ejemplo por cada fallecida canadiense hay 30 en el Salvador y 24 en Guatemala. México sería un país intermedio en éste análisis, sin embargo las mexicanas tiene un riesgo doble superior al que enfrentan chilenas y cubanas, aunque México ha cumplido en bajar 50% la mortalidad materna, tal logro es dudoso por el subregistro de casos y su expresión como comportamiento errático y poco confiable. Lo anterior se desprende de los contrastes regionales del país en cuanto a las tasas ya que estados como Colima y Sinaloa se aproximan a países como Cuba o Chile mientras que Chiapas y Guerrero se acercan a países mucho más pobres que el nuestro con tasas de 70 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos.(9)

En el 2001 en México se produjo una tasa de 4.53 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos, es decir 1,707 defunciones.(8) En el IMSS en Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el año 2003 se registraron 2 muertes maternas(10).

En cuanto a la mortalidad perinatal en 1999 en México se reportaron 71.76 muertes perinatales por 100 nacidos vivos y en el año 2000 72.99 por 100 nacidos vivos.(11) En Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el IMSS en el año 2003 ocurrieron 39 muertes perinatales.(10)

Con todo lo anterior y en base a los resultados de otros estudios realizados y las estadísticas actuales, a pesar de los esfuerzos hechos en México, en algunas regiones se siguen dando tasas altas de mortalidad materna y perinatal, lo cuál refleja un mal cumplimiento al proceso de control prenatal. (2,4,8,9,)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal se define como; “El proceso que permite la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención.

Las estadísticas de mortalidad materna y perinatal han demostrado un mal cumplimiento al proceso de control prenatal en el mundo.

En México, el IMSS presta gran importancia a la Vigilancia Prenatal por lo que esta representa para el bienestar general del núcleo familiar por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de ese sector de la población derechohabiente, ya que en el 2002 se otorgaron 77,413,834 consultas en general y de estas 2,678,848 fueron atención a embarazadas; de las cuáles en la Delegación Chiapas se otorgaron 41,204 consultas a embarazadas.

En el mundo se producen más de 500,000 muertes maternas cada año. 99% de éstas en países en desarrollo. En México en el año 2001 se produjeron 1,707 defunciones y en el 2003 en Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el IMSS fueron 2.

La mortalidad perinatal en el año 2000 en México fue de 72.99 por 100 nacidos vivos, en Tuxtla Gutiérrez. Chiapas en el IMSS en el año 2003 ocurrieron 39 muertes perinatales.

Actualmente es reconocido que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles y que la vigilancia prenatal contribuye positivamente cuando es oportuna, sistemática y con calidad.

Por ello es importante vigilar el cumplimiento del proceso de control prenatal periódicamente, para contribuir con ello a disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y así mejorar la calidad de vida de nuestra población derechohabiente.

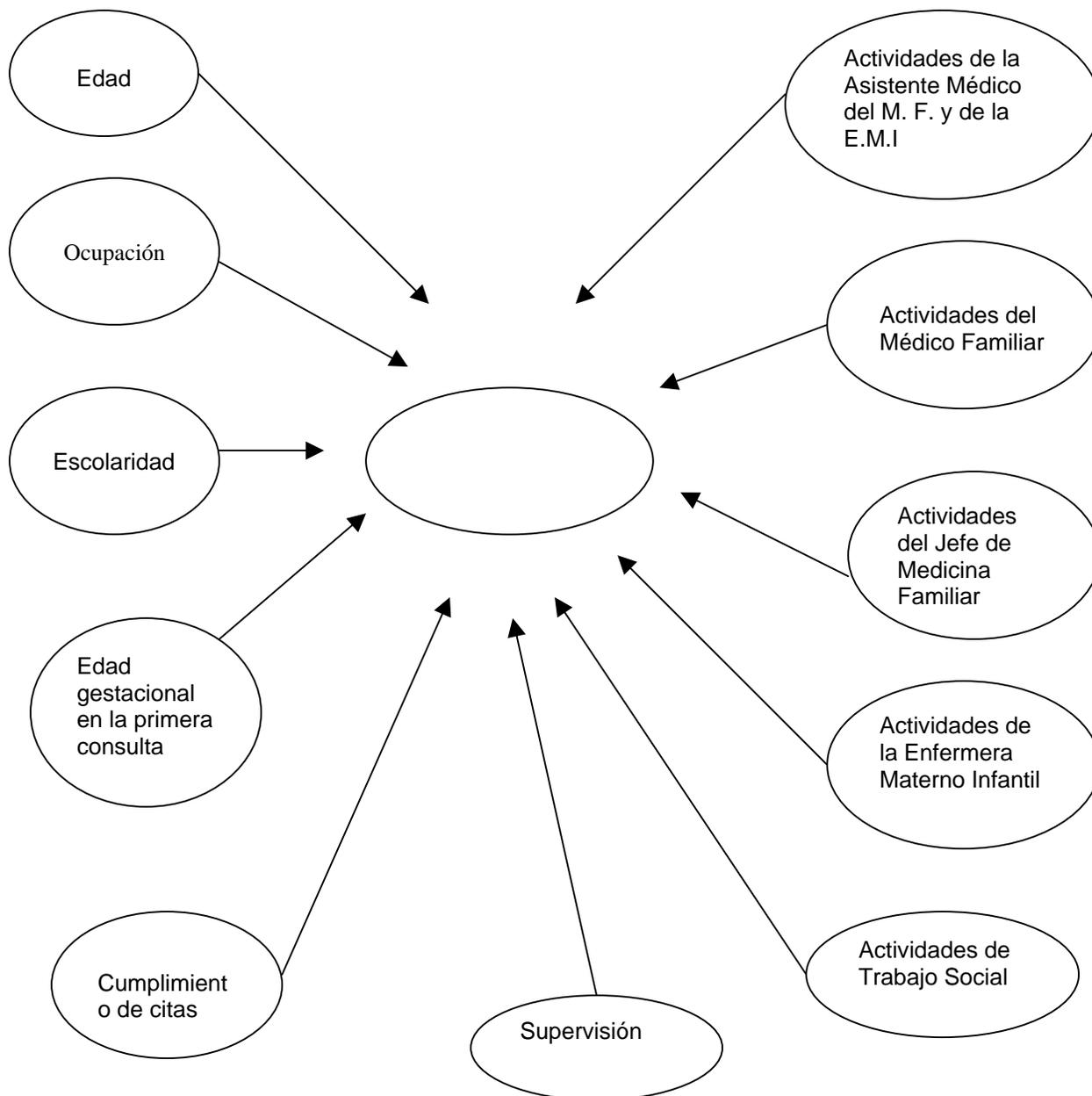
Por todo lo anterior surge la siguiente interrogante:

¿Se esta cumpliendo con la vigilancia prenatal en la UMF No. 23 del IMSS en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

# Factores que contribuyen en la vigilancia del control prenatal en la UMF 23 del IMSS

## Factores de la población

## Factores del personal



## JUSTIFICACIÓN

Siendo el Control Prenatal el Proceso que permite la identificación y control de los principales factores de Riesgo Obstétrico y Perinatal, Detección de complicaciones del embarazo, el tratamiento adecuado y la referencia oportuna a niveles superiores de atención. Su cumplimiento contribuye a mejorar la calidad de atención a éste grupo de población , y que el parto se de sin complicaciones para la madre y el recién nacido.

Para esto el Instituto Mexicano del Seguro Social implementó el manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal así como la Guía Diagnostico Terapéutica para la Atención Prenatal en Medicina Familiar, en el que se describen las actividades que desarrolla el personal de salud del Primer Nivel de Atención, basado en los criterios técnicos contenidos en los lineamientos técnico-médicos para la Vigilancia Prenatal y Puerperal en Medicina Familiar.

En el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; la mortalidad materna no se presentaba desde el año de 1999, siendo en el año del 2003 en que se registraron dos muertes Maternas, lo que resulta preocupante, ya que es reconocido que las principales causas de mortalidad Materna y Perinatal son previsibles y que la Vigilancia Prenatal contribuye positivamente cuando es oportuna, sistemática y con calidad.

Es por esto que se desarrolla éste Trabajo de Investigación, ya que es fundamental determinar el cumplimiento de las actividades que el personal de salud involucrado realiza, de acuerdo al Manual de Procedimientos y las Guías que para la Vigilancia prenatal existen en el Instituto Mexicano del Seguro Social y sustentar de manera científica si existen omisiones o desviaciones en el cumplimiento del mismo.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar el cumplimiento de las actividades que contempla el Manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal por el equipo multidisciplinario en la UMF No.23 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el cumplimiento de las actividades que realizan para la Vigilancia Prenatal cada grupo del personal del equipo multidisciplinario.
- Describir las variables seleccionadas de las embarazadas que influyen en la Vigilancia Prenatal.

## METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

### - Tipo de estudio:

Retrospectivo, Transversal, Descriptivo, Observacional.

### - Población de estudio:

Todo el personal de salud que interviene en el proceso de la Vigilancia Prenatal según el Manual de Procedimientos.

### - Lugar de Estudio:

UMF No.23 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, CHIS.

### - Tiempo del estudio:

Mayo a Diciembre del 2004

### -Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra:

Tomando en cuenta que no todos los personajes que conforman el Equipo Multidisciplinario para este proceso de atención utilizan el expediente clínico, se tomaron tres criterios para determinar el tamaño de la muestra:

Para el Medico Familiar , el tamaño de la muestra se obtuvo utilizando la tabla para un estudio descriptivo de una variable dicotómica de Stephen B. Hulley MD y Cols., con 95% de nivel de confianza y 5% de margen de error, dando: ..... 384

El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple por lotería.

Para la Asistente Médico del Médico Familiar, la Asistente Médico de la Enfermera Materno Infantil, las Trabajadoras Sociales y los jefes de servicio de medicina familiar se harán 10 observaciones por cada personaje dando:..... 420

Para la Enfermera Materno Infantil los casos que fueron derivados según el proceso. 35

Donde n= 839

**- Criterios de Selección:**

Criterios de inclusión :

- Expediente de mujer embarazada de 28 semanas de gestación a más.
- Derechohabiente del IMSS.
- Número de afiliación completo.

Criterios de Exclusión:

- Expedientes de baja.
- Expedientes incompletos
- Expedientes extraviados
- Expedientes ilegibles.

Criterio de Eliminación:

- Que en la hoja RAIS no contemple las semanas de gestación.

**- Información a Recolectar (variables)**

para el estudio de investigación: Cumplimiento de la Vigilancia Prenatal por el Equipo Multidisciplinario en Primer Nivel de Atención.

<b>variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
Cumplimiento de la vigilancia prenatal	Cuando en el expediente o en otros documentos autorizados se registren las acciones que marca el manual de procedimientos para la vigilancia prenatal por el equipo multidisciplinario o se observe el cumplimiento en el 80%.	Nominal. Si No
Actividades de los grupos del equipo multidisciplinario	Todas las acciones contempladas en el Manual de procedimientos para la Vigilancia Prenatal del IMSS, observadas, realizadas y/o registradas en el expediente o en otros documentos autorizados.	Nominal. Si No
Supervisión	Cuando existan evidencias del cumplimiento de ésta actividad por el personal correspondiente.	Nominal Si No
Edad	Años cumplidos de la embarazada anotados en el expediente en la primera consulta del embarazo.	Cuantitativa continua 1.- 15-25 2.- 26-36 3.- 37 a más.

Ocupación	Trabajo que desempeña la embarazada anotado en el expediente.	Nominal. Empleada Doméstica Artesanal Educación Industrial Oficinista De salud Ama de casa
Escolaridad	Estudios cursados por la embarazada referidos en el expediente.	Nominal.  Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Profesional
Edad gestacional en la primera consulta	Semanas de gestación referidas en la primera consulta	Ordinal.  2da; 3ra; 4ta; etc..hasta las 40 semanas de gestación.
Cumplimiento de citas	Cuando la embarazada acude a todas sus citas, el día y hora programado referido en el expediente.	Nominal.  Si cumplió No cumplió

## **- Procedimiento Para Captar La Información**

Previa autorización del comité local de investigación se efectuó prueba piloto a 10 personas, aplicando la cédula de recolección de datos da cada uno para verificar su funcionalidad y detectar posibles sesgos.

La recolección de los datos lo efectuó el investigador basándose en las actividades contempladas en el Manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal en Medicina Familiar en el IMSS, obteniendo la información del expediente clínico y aplicando la Cédula de supervisión operativa a la vigilancia prenatal para Médicos y Enfermeras Materno Infantil incluyendo datos generales de las embarazadas, se aplicaron 12 cédulas por cada consultorio por turno hasta completar el total de la Muestra 384; se obtuvo de la hoja RAIS de cada consultorio aplicando el método de muestreo referido y los criterios de selección, se elaboraron y tramitaron los vales respectivos para la utilización de los expedientes. Para obtener la información de las actividades de las Asistentes médicos del Médico Familiar y de la Enfermera Materno Infantil, Trabajo Social, y los Jefes de Servicio se realizó una lista de cotejo para observar y verificar el cumplimiento de las actividades de cada uno de ellos en 10 atenciones, haciendo un total de 420, previo consentimiento.

El control de calidad de los instrumentos de recolección de datos lo efectuó el investigador revisando diariamente el completo llenado y su aplicación en base a los instructivos.

Los datos se procesaron por computadora utilizando el paquete EPI INFO 2002 y se analizaron aplicando estadística descriptiva: Distribución de Frecuencias y Proporciones.

## **- Consideraciones Éticas**

En base al Reglamento General de Salud en Materia de Investigación (en los artículos 17 Fracción I y artículo 23) y los principios contemplados en la Declaración de Helsinki, este estudio es considerado sin riesgo.

## RESULTADOS

Se efectuaron 839 observaciones a las Asistentes médicos del Médico Familiar, a las Asistentes médicos de la Enfermera Materno Infantil, A los médicos Familiares, a las Enfermeras Materno Infantil, a las Trabajadoras Sociales y a los Jefes de Servicio de los Médicos Familiares, para determinar el cumplimiento de las actividades de la vigilancia prenatal, las cuales no fueron cumplidas. Como se aprecia en el cuadro 1.

*Cuadro 1.*

Cumplimiento de las actividades del Equipo Multidisciplinario en la Vigilancia Prenatal.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si cumplió	133	16 %
No cumplió	706	84 %
Total	839	100 %

n=839

Siendo el grupo de la Enfermera Materno Infantil el que más actividades cumplió seguida del Jefe de servicio de Médicos Familiares, Trabajo Social, Asistente Médico de la Enfermera Materno Infantil, el Médico Familiar y por último las Asistentes Médico de los Médicos Familiares, como se muestra en el cuadro No.2.

## **Cuadro 2**

**Cumplimiento de las actividades que realiza cada grupo del equipo multidisciplinario en la Vigilancia Prenatal.**

Equipo multidisciplinario	Cumplimiento de las actividades				Totales	
	Si		No		Frec.	Porc.
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Enfermera Materno Infantil	33	94.3%	2	5.7%	35	100%
Jefe de Servicio de Medicina Familiar	14	70%	6	30%	20	100%
Trabajo Social	33	66%	17	34%	50	100%
Asistente médico de la Enfermera Materno Infantil	8	40%	12	60%	20	100%
Médico Familiar	26	7%	358	93%	384	100%
Asistente médico del Médico Familiar	19	6%	311	94%	330	100%
Totales	133	16%	706	84%	839	100%

**n=839**

El cumplimiento de la Enfermera Materno Infantil se observó entre el 80% y 100% de sus actividades y en los casos que no cumplió se observó que realizó el 70% de ellas; siendo la valoración de resultados de laboratorio las omisiones encontradas.

El Jefe de Servicio de Medicina Familiar cumplió entre el 70% y 100% de sus actividades y en los casos que no cumplió realizó 66% de ellas, siendo la omisión encontrada “El análisis de envíos no procedentes conjuntamente con el Médico Familiar”.

El grupo de Trabajo Social cumplió entre el 80% y 100% de sus actividades, en los casos que no cumplió se observó que realizó entre el 50% y el 75% de las actividades, siendo las omisiones encontradas, la programación de actividades educativas en base a las entrevistas realizadas así como la verificación de los recursos para su desarrollo, no identificó el Riesgo Obstétrico en sus registros, no efectuaron reconquista de pacientes remisos, el estudio médico social no se realizó y los que se realizaron no se integraron a los expedientes clínicos.

La asistente médico de la Enfermera Materno Infantil cumplieron en 84% y 100% sus actividades y en los casos en que no cumplieron realizaron entre el 53% y 76% de las mismas, las omisiones fueron; no condujo a la paciente con la enfermera, no asistió a la enfermera en la exploración física de la paciente, no hizo promoción de la vigilancia prenatal y no informó sobre la metodología anticonceptiva.

El grupo de Médicos Familiares, en los casos que cumplió realizaron entre el 85 y 100% de sus actividades, mientras que en los casos que no cumplieron realizaron entre un 50% y 64% de las mismas; las omisiones encontradas fueron, no realizaron valoración paraclínica completa, no valoraron Riesgo Obstétrico, no efectuaron envíos a la Enfermera Materno Infantil, ni a Trabajo Social, no realizó la hoja de Consentimiento Informado.

En los casos observados a la Asistente médico del Médico Familiar, las que fueron el más bajo cumplimiento, en los pocos casos que cumplió realizó entre el 84% y 100% de las actividades, y en los casos que no cumplió realizó solo el 53% de las mismas, las omisiones observadas fueron, no realizó promoción e información para la Vigilancia Prenatal, no asistió al Médico Familiar en la exploración física de la embarazada y no realizó promoción de la metodología anticonceptiva.

De las variables estudiadas a las embarazadas ( a través del expediente clínico 384), como la Edad, Ocupación, Escolaridad, edad gestacional en la primera consulta y el cumplimiento de sus citas, no son determinantes en el cumplimiento de las actividades para la Vigilancia Prenatal. Cuadro 3.

En cuanto a las actividades de supervisión por el Jefe de Servicio de Medicina Familiar no se encontraron evidencias de su realización por lo que está en cero por ciento de su cumplimiento, al igual que las coordinadoras de asistentes médicos.

Las Trabajadoras Sociales al igual que las Enfermeras Materno Infantil no cuentan con personal directivo o responsable para realizar esta actividad.

### Cuadro 3

#### VARIABLES ESTUDIADAS DE LAS EMBARAZADAS

<b>VARIABLES</b>	<b>FREC.</b>	<b>PORC.</b>
<b>Edad</b>		
15-25	172	44.8%
26-36	210	54.7%
37 y más	2	0.5%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de Casa	41	10.7%
De Salud	1	0.3%
Educación	1	0.3%
Empleada	58	15.1%
Oficinista	10	2.6%
No hay datos	273	71.1%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	6	1.6%
Primaria	13	3.4%
Secundaria	24	6.3%
Preparatoria	6	1.6%
Técnica	10	2.6%
Profesional	1	0.3%
No hay datos	324	84.4%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>
<b>Edad gestacional en la Primera Consulta</b>		
Primer Trimestre		
6 a 12 semanas de gestación	149	39%
Segundo Trimestre		
13 a 24 Semanas de Gestación	209	54%
Tercer Trimestre		
25 a 34 Semanas de Gestación	26	7%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>
<b>Cumplimiento de Citas</b>		
Si cumplió	368	95.8%
No cumplió	16	4.2%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>

n=384

## DISCUSIÓN

Los Médicos Familiares, personajes principales dentro del proceso para la Vigilancia Prenatal, como generadores de las actividades fundamentales, así como de la vinculación con los demás grupos del equipo multidisciplinario, necesita cumplir sus actividades en un 100%, contrario a esto se observó que al no realizar una valoración integral de las embarazadas, no puede definir la conducta ideal a seguir dentro del proceso, e integrar a los otros grupos del equipo multidisciplinario para el seguimiento del proceso de vigilancia Prenatal exitoso, por otro lado las Asistente Médicos del Médico Familiar y de la Enfermera Materno Infantil al no cumplir con sus actividades de información y promoción que son de vital importancia para las embarazadas provocan con esto que la fortaleza que representan en el proceso se pierda y no se aproveche la oportunidad de informarles sobre el proceso de la Vigilancia Prenatal y los personajes que intervienen en él para su atención, como lo es Trabajo Social cuya responsabilidad en la educación para la vigilancia prenatal es de suma importancia y no la están cumpliendo.

La Enfermera Materno Infantil es la que más cumplió en relación con sus actividades, desafortunadamente el Médico Familiar no envía a las embarazadas como está indicado lo que disminuye la oportunidad de que ésta reciba la atención de éste personaje. Si el Jefe de Servicio realizara supervisión del proceso periódicamente identificaría ésta y otras desviaciones ya mencionadas, lo que permitiría generar acciones de retroalimentación para mejorar el cumplimiento de ésta vigilancia ya que de las variables estudiadas a la embarazada no se encontraron datos significativos que pudieran influir en el cumplimiento de ésta vigilancia, por lo que la responsabilidad del cumplimiento de éstas actividades recae totalmente en los grupos del equipo multidisciplinario y en la organización de la unidad.

## **CONCLUSIONES**

Al no encontrar influencia dentro de las variables de la embarazada para el cumplimiento de la vigilancia Prenatal la responsabilidad de éste recae totalmente en los grupos del equipo multidisciplinario y en la organización de la unidad situación que no se está presentando de manera satisfactoria.

La falta de supervisión y retroalimentación de los resultados permite que el equipo multidisciplinario cometa omisiones en forma rutinaria sin percatarse de la necesidad de retomar y cumplir con lo establecido.

Recomendaciones:

El contar con el Manual De Procedimientos para la Vigilancia Prenatal, accesible a los interesados permite que cada grupo del equipo multidisciplinario identifique sus actividades dentro del proceso y lo consulte en cualquier momento que lo necesite.

Implementar una estrategia educativa sistematizada de información y retroalimentación del conocimiento y aplicación del Manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil,. Guía Diagnóstico Terapéutica para la Atención Prenatal en Medicina Familiar. Rev Méd IMSS , 1998; 36, (1): 3-7.
2. Coordinación de Salud Reproductiva. Manual de Procedimientos para la Vigilancia Prenatal y Puerperal en Medicina Familiar. Dirección de Prestaciones Medicas, Agosto 2002:7-26
3. Mondragón H. . Evolución del Embarazo Normal. En : Mondragón Castro H. . Obstetricia Básica Ilustrada. México: Editorial Trillas, 1995;120-150.
4. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS, Ensayo Clínico Aleatorizado de Control Prenatal de la OMS. Manual Para la Puesta en Practica del Nuevo Modelo del Control Prenatal: OMS, 2003; I : 1-40.
5. Secretaria de Salud. 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. Diario Oficial de la Federación, 6 de Enero de 1995.
6. Faúndez A. Control Prenatal. Obstetricia. Pérez Sánchez A. Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Cap. 12. Segunda Edición. 1992; 156-167.
7. Pascuzzo C. Determinantes del Control Prenatal en embarazadas de la Región Centro Occidental de Venezuela. Obstet Ginecol Venez,1999; 59-63
8. Díaz D, Sánchez D, Freyermuth G, Castañeda MA. La mortalidad Materna: Un Problema Sin Resolver. Fundar Centro de Análisis e Investigación, 2002; I : 1-4.
9. Espinosa G. Doscientas Trece Voces Contra la Muerte. Informe Mortalidad Materna, 2003;I:1-9
10. Grupo de Estadística e Informática. Mortalidad Materna y Perinatal. S.I.M.O. Parte II HGZ No. 2, 2003;2:1-10.

# **A N E X O S**

## GRAFICA DE GANTT

Para el estudio de investigación: Cumplimiento de la vigilancia prenatal por el equipo multidisciplinario de una unidad de primer nivel de atención.

<b>Tareas a desarrollar</b>	<b>Persona responsable</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
Seleccionar el problema	Investigador	X											
Seleccionar bibliografía	Investigador	X	X	X									
Elaboración del protocolo de investigación	Investigador Asesor			X	X	X	X	X					
Presentar protocolo al Comité Local de Investigación	Investigador							X					
Presentar protocolo a autoridades correspondientes	Investigador							X					
Plan piloto	Investigador								X				
Recolección de la Información	Investigador								X	X	X		
Procesamiento de los datos	Investigador										X		
Análisis de los datos	Investigador Asesor											X	
Elaboración del reporte final	Investigador Asesor											X	
Entrega del reporte final	Investigador												X

## PLAN DE TRABAJO

Para el estudio de investigación: Cumplimiento de la vigilancia prenatal por el equipo multidisciplinario de una unidad de primer nivel de atención.

<b>Actividades a desarrollar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Personal responsable</b>	<b>Días Persona requerido</b>
Selección del problema	8 y 9-01-04	Investigador	2 días
Seleccionar bibliografía	15-01-04 al 30-03-04	Investigador	45 días
Elaboración del protocolo de Investigación	15-03-04 al 21-07-04	Investigador Asesor	80 Días
Presentar protocolo al Comité Local de Investigación	28-07-04	Investigador	5 Días
Presentar protocolo a autoridades correspondientes	02-08-04	Investigador	1 día
Plan piloto	03-08-04	Investigador	3 días
Recolección de la información del expediente clínico y aplicación de listas de cotejo	09-08-04 al 15-10-04	Investigador	60 días
Procesamiento de datos	18-10-04	Investigador	8 días
Análisis de los datos	3-11-04	Investigador Asesor	15 días
Elaboración de reporte final	15-11-04 al 7-12-04	Investigador Asesor	15 días
Entrega del reporte final	9-12-04	Investigador	1 día

## PRESUPUESTO

Para el estudio de investigación: Cumplimiento de la vigilancia prenatal por el equipo multidisciplinario de una unidad de primer nivel de atención.

<b>Categoría</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Factor Multiplicador</b>	<b>Costo Total</b>
<b>1.-Personal:</b> Investigador	100.00/día	100.00 X 234	23,400.00
<b>2.- Materiales:</b> Papel BOND	0.70	0.70 X 5,000	3,500
Lápices	1.00	1.00 X 10	10.00
Borradores	1.00	1.00 X 10	10.00
Copias	.30	.30 X 1,000	300.00
Empastado	20.00	20.00 X 5	100.00
Uso de computadora	10.00/hora	10.00 X 400	4,000.00
Impresión en computadora	2.00/hoja	2.00 X 100	200.00
		<b>TOTAL</b>	<b>31,520.00</b>

**Cédula de Recolección de Datos para el Estudio de Investigación: Cumplimiento de la Vigilancia Prenatal por el Equipo Multidisciplinario de una Unidad de Primer Nivel de Atención.**

**Instrucciones:** Identifique en el expediente la nota de la primera consulta por el embarazo y a partir de ella llene con cuidado los siguientes datos.

Consultorio No. \_\_\_\_\_ Turno. \_\_\_\_\_ Cédula no. \_\_\_\_\_

1. Edad

Años referidos de la paciente en la primera nota del embarazo. \_\_\_\_\_

1.- 15 a 25    2.-26-36    3.- 37 a más

2. Ocupación

Trabajo que desempeña la mujer anotado el en expediente. \_\_\_\_\_

1. Empleada    2. Doméstica    3. Artesanal    4. Educación  
5. Industrial    6. Oficinista    7. De Salud    8. Ama de Casa  
9. No hay datos

3. Escolaridad

Estudios cursados por la embarazada referidos en el expediente \_\_\_\_\_

1. Analfabeta    2. Primaria    3. Secundaria  
4. Preparatoria    5. Técnica    6. Profesional    7. No hay datos

4. Edad gestacional en la primera consulta

Semanas de gestación referidos en el expediente en la primera consulta del embarazo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

5. Cumplimiento de citas.

Verificar en el expediente si asistió a todas sus citas \_\_\_\_\_

1. Si cumplió (todas sus citas)    2. No cumplió (Faltó a una o mas)



En su caso, también se verificará la valoración de la biometría hemática y del general de orina (a las 18, 31 y 36 semanas de gestación y una glucemia entre las 24 y las 31 semanas de embarazo, de acuerdo a la semana de gestación en la que se inició la vigilancia prenatal y al número de consultas prenatales otorgadas.

Anote la palabra NO, cuando no ordenó o no se identifican los resultados de laboratorio.

Anote las siglas N.N cuando se trate de la primera consulta de vigilancia del embarazo o de acuerdo a los criterios normados no se requiere solicitar exámenes en esas semanas de de gestación.

ADECUADA.- Anote la palabra si cuando uno o mas de los resultados son anormales y el Médico Familiar comentó en la MF-5 y/o MF-6 "nota de atención médica", y/o señaló alguna acción para: controlar o modificar la alteración y/o anotó el diagnóstico. También anote SI cuando los resultados de laboratorio son normales y el médico los registró en el reverso de la MF-5 y no los comentó.

Anote la palabra NO cuando uno o más de los resultados de laboratorio representa una anomalía y el médico no lo comentó en el expediente clínico, ni realizó alguna acción. También registre la palabra NO cuando en la columna anterior "completa vs semanas de gestación", se registró la palabra NO.

CALIFICACIÓN RIESGO OBSTETRICO.- Anote la palabra SI cuando el médico familiar registró la calificación del riesgo obstétrico, en cada una de las consultas prenatales otorgadas (reverso de la MF-5, recuadro " diagnóstico y tratamiento y esta es congruente con la puntuación de los factores de riesgo y/o daños señalados en la MF-5, de acuerdo a los criterios establecidos en el "instructivo de llenado para el expediente clínico de Medicina Familiar.

Anote la palabra NO cuando en una o más de las consultas que se realizan falta el registro de la calificación del riesgo obstétrico o la calificación no es coincidente con los datos asentados en la MF-5.

INTEGRAL.- Anote la palabra SI cuando en las tres columnas anteriores (clínica adecuada, paraclínica adecuada, calificación de riesgo obstétrico) se registró la palabra SI o N.N.

Anote la palabra NO cuando en una o más columnas se anotó la palabra NO.

#### COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO.

DIAGNOSTICO.- Anote el diagnóstico de la patología que estuvo presente en una o más de las consultas prenatales que se analizan (complicaciones para las que existen criterios y procedimientos técnico médicos normados en el "lineamiento técnico-médico para la vigilancia del embarazo y del puerperio en medicina familiar). En los casos en los que no se identifica una complicación registre el mensaje "sin complicación".

CONGRUENCIA CL. DX. TX.- Anote la palabra SI cuando la embarazada tiene una complicación y se identifica congruencia entre el diagnóstico y la información clínica y paraclínica registrada en el expediente, y cuando hay congruencia del tratamiento con el diagnóstico, con base en la normatividad implantada. Registre la palabra NO cuando no se identifique la congruencia.

En los casos sin patología (en la columna diagnóstico se registraron las palabras "sin complicación"). No se valora la existencia o no de congruencia clínico diagnóstico terapéutica. En estos casos solo se considera la valoración integral señalada en las columnas anteriores. Deje en blanco esta columna.

#### ENVIO ADECUADO:

EMI.- Registre la palabra SI cuando el médico familiar envió a la embarazada de bajo riesgo con la EMI, en la segunda consulta prenatal, para continuar la vigilancia del embarazo y recibir la educación para el cuidado de su salud en la etapa grávida puerperal.

Registre la palabra NO cuando la embarazada es de alto riesgo y/o la envió antes o después de la segunda consulta prenatal.

TRABAJADORA SOCIAL.- Registre la palabra SI cuando el médico familiar envió a la embarazada de alto riesgo con ka trabajadora social, en la segunda consulta prenatal, para recibir la educación para el cuidado de su salud en la etapa grávido puerperal.  
Registre la palabra NO cuando la embarazada es de bajo riesgo y/o la envió antes o después de la segunda consulta prenatal.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO.- Registre la palabra SI cuando en el expediente clínico se encuentra glosado a partir de la 28 semana de gestación, en formato con la firma de la embarazada, y en su caso de un testigo.  
Registre la palabra NO cuando, después de la semana 28 de la gestación, no está glosado el documento en el expediente clínico con las dos firmas.  
Cuando la embarazada tiene 28 semanas de gestación o menos y no está glosado el formato, registrar las letras NN.(no necesario).

REGISTRO EN EL RAIS.- Para verificar la confiabilidad de los registros en el RAIS se utilizará la MF-5/2000 y/o la MF-6/2000 cuya fecha coincide con el formato RAIS.

COL. 6 Y 7.- Registre la palabra SI cuando las cifras anotadas en las columnas 6 y 7 del RAIS, coinciden con las de la nota médica que sirvió para seleccionar el expediente clínico, respecto a si la vigilancia prenatal es de primera vez o subsecuente, las semanas de gestación y, cuando es de primera vez, el número de orden del embarazo actual. Cuando no se cumplan con estos criterios registre la palabra NO.

COL. RENGLÓN DIAGNOSTICO.- Registre la palabra SI cuando el diagnóstico registrado en el RAIS coincide con el de la nota médicas del expediente clínico, con o sin complicación, incluye el registro de la S o N de la columna de primera vez para señalar que la complicación o patología se diagnostica y atiende en esta consulta.  
Registre la palabra NO, cuando no se cumpla con uno o mas de estos requisitos.

COL. CONFIABLE.- Registre la palabra SI cuando en las dos columnas precedentes se registró la palabra SI. Anote la palabra NO cuando en una o las dos columnas se registró la palabra NO.

REGLON INFERIOR AL PIE DEL CUADRO

EN LAS COLUMNAS:

VALORACIÓN CLINICA ADECUADA.- Registre la suma de los casos con la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos supervisados.

VALORACIÓN PARACLINICA ADECUADA.-Registre la suma de los casos con la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos supervisados.

CALIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTETRICO.- Registre el número de casos con la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos supervisados.

VALORACIÓN INTEGRAL.- Registre el número de casos con la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos supervisados.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, CONG. CL. DX. TX.- Registre el número de casos con congruencia clínico diagnóstico, terapéutica (se anotó la palabra SI ) y la relación porcentual con el número de casos con el diagnóstico de una o más complicaciones.

ENVIO ADECUADO A LA EMI, T.S, Y LA GLOSA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.- Esta información se consolida de forma similar, en este renglón anote el número de casos en los que se registró la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos

supervisados. Para el formato de consentimiento informado no se toman en cuenta los casos con NN.

REGISTRO EL EN RAIS CONFIABLE.- Registre el número de casos con la palabra SI y la relación porcentual con el número de casos supervisados.



**ENVIO OPORTUNO AL MEDICO FAMILIAR.-** Registre la palabra si, cuando en las consultas otorgadas por la EMI, se registró en la forma MF-6/2000, la presencia de alteraciones en los datos clínicos y/o en los resultados de laboratorio y se haya registrado el envío al médico familiar el mismo día que se identificaron las alteraciones.

Registre la palabra NO o las siglas que correspondan a la alteración: SSA (signos y síntomas de alarma), lab (alteraciones en los estudios de laboratorio). Cuando no se cumpla con el criterio anterior o el envío se haya efectuado en una atención con fecha posterior.

Registre las siglas NN (no necesario), cuando no se requiera el envío por estar dentro de la normalidad los datos clínicos y los resultados de laboratorio.

#### **ACTIVIDADES EDUCATIVAS ADECUADAS:**

Las actividades de comunicación educativa personalizada tienen como base las semanas de gestación, los datos clínicos y paraclínicos. La descripción, en la nota de evolución, será breve y referirá las actividades que realizará la embarazada para identificar y/o prevenir las complicaciones del embarazo y/o recibir atención médica.

**CUIDADOS EN EL EMBARAZO.-** Se señalarán los mas relevantes, de acuerdo al número de atenciones otorgadas por la EMI y las semanas de gestación.

Registre la palabra SI, cuando al analizar las notas de evolución, existe el registro de los cuidados y la frecuencia con la que la embarazada los desarrollará, (se describen a continuación). Cuando no se cumpla con el criterio anterior, registre la palabra NO o las siglas de las actividades educativas que no se cumplieron (HP, AL, HN, ITP, CP, CRN, CMF).

**HIGIENE PERSONAL (HP).-** Actividades para prevenir y/o controlar las infecciones en la boca (cepillado dental después de cada comida); el aseo de los genitales externos para prevenir infecciones urinarias, así como el uso de pantaleta con puente de algodón; el reposo y el ejercicio que debe realizar de acuerdo a las semanas de gestación y al tipo de trabajo que desarrolla.

**ALIMENTACION (AL).-** Dieta completa y variada de acuerdo a la región y al presupuesto familiar; el incremento de alimentos ricos en fibra y la ingesta adecuada de líquidos, 6 a 8 vasos al día para prevenir el estreñimiento; la disminución o eliminación de alimentos para prevenir o controlar algunas complicaciones, como alimentos enlatados o embutidos, refrescos embotellados.

**HABITOS NOCIVOS (HN).-** Desalentar o evitar el alcohol, el tabaco y/o drogas, la relación con los posibles daños al bebé. Evitar la automedicación.

**INICIO DEL TRABAJO DE PARTO (ITP).-** Características de los dolores y cuando y como acudir al hospital: baño general, objetos de uso personal que llevará al hospital, documentación que llevará para la atención del parto.

**CUIDADOS DEL PUERPERIO (CP).-** Baño diario, cuidados de la herida quirúrgica. Identificar la presencia de signos y/o síntomas de alarma como: dolor abdominal; útero doloroso a la palpación, hipertermia; salida por la vagina de sangre de color rojo brillante 24 hrs. Después del parto; loquios con olor fétido, dolor intenso en miembros inferiores con o sin fiebre, herida de la cesárea o de la episiotomía con signos de inflamación.

**CUIDADOS AL RECIEN NACIDO (CRN).-** Baño diario del recién nacido, aseo de cavidades, cuidados del cordón umbilical. Identificar la presencia de signos de alarma: Fiebre, salida de sangre por el muñón umbilical, alteraciones respiratorias, convulsiones. La ausencia de diuresis después de 6 a 10 hrs de nacido y/o de evacuaciones después de 24 hrs. De nacido.

**CONSULTA CON EL MEDICO FAMILIAR(CMF).-** Por la presencia de signos y/o síntomas de alarma cuando se requiera. Acudir con su médico familiar ella y el recién nacido, siete días después del parto.

SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ALARMA.- Registre la palabra SI, cuando al analizar las notas de evolución, exista el registro de las actividades que la embarazada desarrollará para prevenir, identificar y que hacer ante la presencia de signos y/o síntomas de alarma. Registre la palabra NO, cuando no se cumpla con el criterio anterior.

METODO DE P.F Y LACTANCIA MATERNA.- Registre la palabra SI, cuando en las notas de evolución, se registró el método de planificación familiar elegido por la pareja, su temporalidad, la efectividad, los efectos secundarios, en su caso el modo de uso, y la importancia de acudir a la cita para su seguimiento. Los beneficios de la lactancia materna, la adaptación del sostén o brassier para las embarazadas con pezón plano o invertido; el inicio precoz sudoración, las técnicas para amamantar, y para la extracción manual de leche.

Entre las semanas 30-34 de gestación, verificar que el formato de consentimiento informado, esté registrado el método elegido y la firma de aceptación de la paciente.

Cuando no se cumpla con los criterios anteriores registre la palabra NO o las siglas de las actividades que no se cumplieron PF (planificación familiar) o LM (lactancia materna) según sea el caso.

CONGRUENCIA VALORACIÓN ADECUADA VS ACTIVIDADES EDUCATIVAS.- Anote en cada reglón la palabra SI, cuando en la valoración adecuada, el envío oportuno al médico familiar y las actividades educativas se calificaron como afirmativos, los casos calificados con NN, se consideran como afirmativos. Registre la palabra NO cuando no se cumpla con uno o mas de los criterios señalados.

REGISTROS ADECUADOS EN LA 4-30-6P/90 U OTRO FORMATO.- Registre la palabra SI, cuando los datos anotados en la 4-30-6p/90 u otro formato, son congruentes con los de la nota de evolución que se supervisa. Registre la palabra NO cuando no se cumpla con el criterio anterior.

RENGLONES INFERIORES:

CASOS CON CONGRUENCIA VALORACIÓN ADECUADA VS ACTIVIDADES EDUCATIVAS.- Registre la cifra absoluta y porcentual de los casos identificados con la palabra SI, en la columna congruencia, en relación con el total de casos supervisados.

CASOS CON REGISTRO ADECUADO EN 4-30-6P/90 U OTRO FORMATO.- Registre la cifra absoluta y porcentual de los casos con la palabra SI , en la columna correspondiente, en relación con el total de casos supervisados.

Cuando se utilice otro formato, efectuar el registro de las actividades realizadas de acuerdo al instructivo correspondiente.

CRITERIOS PARA VALORAR LOS DATOS CLINICOS:

La ganancia de peso es anormal: Cuando en el primer trimestre de la gestación (menos de 14 semanas), el incremento es menor a 1 Kg o mayor a 1.5 Kg en todo el trimestre; en el segundo trimestre (14 a 27 semanas), es anormal el incremento cuando es menor a 1 Kg o mayor a 1.5 Kg por mes; en el tercer trimestre (semana 28 en adelante), el incremento es anormal cuando es menor a 1.5 Kg o mayor a 2 Kg por mes.

Tensión arterial: La medición se efectuará con la paciente sentada, se interpreta como anormal cuando la T7A sistólica es de 140mm de Hg o más, y/o la diastólica es de 90 mm de Hg o más, en por lo menos dos registros con un intervalo no mayor a 48 horas, o bien cuando se detecta incremento de 30 mm de Hg o más en la T/A sistólica, y/o 15 mm de Hg o más en la diastólica, respecto a los valores normales registrados en el expediente clínico con anterioridad o al inicio del embarazo.

El edema: La presencia de edema se valora: + pretibial, + maleolar, + de pies, ++ pared abdominal o región lumbosacra, +++ cara o manos, ++++ anasarca (ascitis). El edema preclínico puede manifestarse como ganancia excesiva de peso (en cualquier etapa del embarazo) de más de un kilo por semana, o una ganancia total de más de 15 Kg en todo el embarazo, también, se interpreta como signo de alarma cuando a la embarazada le aprietan los anillos por presentar edema en los dedos de las manos aunque no haya el signo del godette pretibial.

El crecimiento uterino: Se interpreta como anormal, si de acuerdo a la siguiente tabla es menor o mayor al rango que corresponda, de acuerdo a las semanas de gestación de la tabla.

SEMANAS DE GESTACION	LIMITE MINIMO	LIMITE MAXIMO		SEMANAS DE GESTACION	LIMITE MINIMO	LIMITE MÁXIMO
13	8.6	14.5		26	20.5	26.5
14	9.5	15		27	21	27
15	11.5	17		28	22.5	28
16	12.5	18		29	23.5	29
17	13.5	19		30	24	29.5
18	14	19.5		31	25	30
19	15	21		32	25.5	31
20	15.5	21.5		33	26	32
21	16.5	22.5		34	26.5	33
22	17.5	23		35	27.5	33
23	18.5	24		36	28.5	34
24	19.5	25		37	29.5	34
25	20	25.5		38	30.5	34.5

Frecuencia cardiaca fetal: Se interpreta como anormal cuando los latidos fetales son menor a 120 o mayor a 160 latidos por minuto.

Síndrome vasculoespasmódico: La presencia de zumbido de oídos, mareos, dolor de cabeza persistente, ver lucécitas o escuchar campanitas. La información se obtiene por interrogatorio directo a la embarazada.

Son síntomas de alarma para preeclampsia: La presencia de síndrome vasculoespasmódico aún ante la presencia de la tensión arterial normal. Cuando se presente proteinuria (albúmina) mayor a huellas se valora con detenimiento la presencia o ausencia del síndrome vasculoespasmódico y la tensión arterial media, de acuerdo a los siguientes criterios.

Ver en la norma técnica para prevención y manejo de preeclampsia eclampsia.

#### CRITERIOS PARA VALORAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO.

Biometría hemática: Se interpreta como anormal cuando la hemoglobina es menor a 11 Gr y/o el hematocrito es menor a 33.

General de orina: Se considera como anormal cuando se reportan más de 10 leucocitos o bacterias por campo, la albuminuria (proteinuria) es mayor a huellas.

Glucemia: Se interpreta como anormal cifras mayores a 110 mg/L o de acuerdo al estándar que refiere el laboratorio de la unidad.

**8.- Lista de cotejo de las actividades para la vigilancia prenatal de la Asistente Médica del Médico Familiar.**

Instrucciones: Explique a la Asistente Médico que el objetivo de la observación es para un trabajo de Investigación, será anónimo y confidencial.

ACTIVIDAD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No.1	1.-si inf. 2.- No inf. 3.-Algunas veces										
No.2	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 3	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 4	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 5	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 6	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 7	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 8	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 9	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 10	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 11	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 12	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 13	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
TOTAL DE RESULTADOS AFIRMATIVOS											
TOTAL %											
1.SI CUMPLIO 80% O MAS											
2. NO CUMPLIO 79% A MENOS											

Sume los resultados afirmativos y multiplique por 7.7%

**Lista de cotejo de las actividades para la Vigilancia Prenatal de la Asistente Médica del Médico Familiar.**

1. Informa, a todas las mujeres en edad fértil, las ventajas de acudir oportunamente (primeros tres meses de la gestación) a la vigilancia del embarazo.
2. Participa en el levantamiento de los datos de encuestas relacionadas con la salud materna.
3. Recibe a las embarazadas que se presentan espontáneamente a solicitar consulta para la vigilancia de su embarazo, anotándola en la RAIS.
4. Conduce a la embarazada y a su pareja con el médico familiar para su atención.
5. Mide y registra el peso, la talla y la temperatura de la embarazada.
6. Asiste al médico familiar durante la exploración física de la embarazada.
7. Registra en la tarjeta de citas de la embarazada y en la agenda la fecha y hora de la próxima consulta que le indicó el médico.
8. Promueve la continuidad de la vigilancia prenatal a todas las embarazadas.
9. Informa a la embarazada y a su pareja a partir del séptimo mes del embarazo o de las 30 semanas o mas de gestación, sobre las ventajas de usar un método anticonceptivo post evento obstétrico,
10. Recibe del médico familiar la forma 4.30.8 cuando se envía a la embarazada a otro nivel de atención, recaba la firma del jefe de servicio de medicina familiar.
11. Recibe del jefe del servicio de medicina familiar la forma 4.30.8 con la firma de autorización.
12. Recaba la vigencia de derechos en la 4.30.8 y la entrega a la embarazada.
13. Extrae los expedientes clínicos solicitados por la asistente médica de la EMI y los entrega al mensajero.

**9.- Lista de cotejo de las actividades para la vigilancia prenatal de la Asistente Médica de la EMI.**

Instrucciones: Explique a la Asistente Médico que el objetivo de la observación es para un trabajo de Investigación, será anónimo y confidencial.

ACTIVIDAD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No.1	1.-si inf. 2.- No inf. 3.-Algunas veces										
No.2	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 3	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 4	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 5	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 6	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 7	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 8	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 9	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 10	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 11	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 12	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 13	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
TOTAL DE RESULTADOS AFIRMATIVOS											
TOTAL %											
1.SI CUMPLIO 80% O MAS											
2. NO CUMPLIO 79% A MENOS											

Sume los resultados afirmativos y multiplique por 7.7%

**Lista de cotejo de las actividades para la Vigilancia Prenatal de la Asistente Médica de la EMI.**

1. Informa, a todas las mujeres en edad fértil, las ventajas de acudir oportunamente (primeros tres meses de la gestación) a la vigilancia del embarazo.
2. Participa en el levantamiento de los datos de encuestas relacionadas con la salud materna.
3. Reciba a la embarazada de bajo riesgo que refiere el médico familiar con la forma MF-SS/2000.
4. Otorga cita a la embarazada que refiere el médico familiar y la anota en la tarjeta de citas y en la agenda.
5. Solicita a la asistente médica del médico familiar (por mensajero) los expedientes clínicos de las embarazadas citadas.
6. Recibe del mensajero los expedientes clínicos de la embarazada.
7. Recibe a la embarazada, verifica la fecha y hora de la cita en la agenda y la RAIS.
8. Conduce a la embarazada y a su pareja con la EMI.
9. Mide y registra el peso, la talla y la temperatura de la embarazada.
10. Asiste a la EMI durante la exploración física de la embarazada.
11. Registra en la tarjeta de citas de la embarazada y en la agenda de citas la fecha y hora de la próxima atención que le indicó la EMI.
12. Promueve, a todas las embarazadas y a su pareja las ventajas de continuar la vigilancia prenatal.
13. Informa a la embarazada y a su pareja, a partir del séptimo mes del embarazo o de las 30 semanas o más de gestación, sobre las ventajas de usar un método anticonceptivo post evento obsetrico.

**10.- Lista de cotejo de las actividades para la vigilancia prenatal de la trabajadora social.**  
**Instrucciones: Explique a la Trabajadora Social que el objetivo de la observación es para un trabajo de Investigación, será anónimo y confidencial.**

ACTIVIDAD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No.1	1.-si inf. 2.- No inf. 3.-Algunas veces										
No.2	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 3	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 4	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 5	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 6	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 7	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 8	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 9	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 10	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 11	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 12	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 13	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 14	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 15	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
No. 16	1.-Si 2.- No 3.-Algunas veces										
TOTAL DE RESULTADOS AFIRMATIVOS											
TOTAL %											
1.SI CUMPLIO 80% O MAS											
2. NO CUMPLIO 79% A MENOS											

Sume los resultados afirmativos y multiplíquelos por 6.25

**Lista de cotejo de las actividades para la Vigilancia Prenatal de la Trabajadora Social.**

1. Informa y orienta a las embarazadas que se presentan espontáneamente el servicio, sobre las ventajas de la vigilancia prenatal.
2. Recibe a la embarazada de alto riesgo que refiere el medico familiar con la forma MF-SS/2000"solicitud de servicios dentro de la unidad de medicina familiar".
3. Entrevista a las embarazadas que envía el medico familiar para identificar: las condiciones socioculturales de la entrevistada y sus necesidades de educación en salud materna, así como para promover el desarrollo de actitudes y conductas favorables en beneficio del binomio madre-hijo.
4. Define. En la primera entrevista, con base en los resultados obtenidos, las actividades de comunicación educativa que se requieren desarrollar: Entrevista para continuar la educación (una o más) o sesión educativa (una o mas). Algunas embarazadas solo requerirán entrevistas, otras necesitaran la primera entrevista y, después sesiones educativas.
5. Promueve la asistencia a las citas de vigilancia prenatal y a la de las actividades de comunicación educativa que realiza la trabajadora social, dirigidas a la embarazada y a su pareja.
6. Anota, en el formato"registro de entrevistas en salud reproductiva" entre otros, los datos de identificación de la embarazada, los propósitos y los resultados de la entrevista.
7. Integra grupos educativos de embarazadas, de acuerdo a las necesidades de educación detectadas en la primera entrevista.
8. Imparte a las embarazadas la educación en las sesiones grupales, aplicando la metodología educativa requerida y señalada en el documento de "bases generales para las actividades de educación para la salud reproductiva". Los contenidos

educativos estarán acordes con las necesidades de educación del grupo de embarazadas: identificación de factores de riesgo y desarrollo de actividades para modificarlos. Prevención de las complicaciones más frecuentes del embarazo. Identificación de síntomas y/o signos de alarma de las complicaciones. Información relativa a cuando, como, y donde acudir en caso de presentar síntomas o signos de alarma.

9. Registra, en la tarjeta de citas de la embarazada la fecha y hora del próximo evento educativo.
10. Verifica la disponibilidad de recursos en la unidad para el desarrollo de las actividades educativas, cuando no existan jefe o encargado de trabajo social.
11. Anota en el formato "registro de sesiones educativas grupales en salud reproductiva", los datos relacionados con la identificación de la embarazada, si es de alto o bajo riesgo y su asistencia a la sesión educativa.
12. Realiza la reconquista de las embarazadas a solicitud del medico familiar, del jefe de servicio y de la jefe o encargada de trabajo social.
13. Registra, en la libreta control de pacientes remisos, los datos relacionados con la identificación y localización de la embarazada y las actividades de reconquista.
14. Informa mensualmente a la jefe o encargada de trabajo social sobre las actividades realizadas en la forma "concentrado mensual de acciones de educación para la salud reproductiva".
15. Elabora el estudio medico-social a la embarazada a solicitud del medico familiar: registra los datos requeridos en la forma 4-30-53/2000,"estudio social medico". Entrega a la asistente medica esa forma para la glosa en el expediente clínico, y registra en la forma MF-6/2000 "nota de atención medica" el diagnóstico medico social, las recomendaciones efectuadas y la fecha.
16. Participa en el levantamiento de encuestas especificas relacionadas con la salud materna.

**11.- Lista de cotejo de las actividades para la vigilancia prenatal del jefe de servicio de Medicina Familiar.**

Instrucciones: Explique a l Coordinador Médico que el objetivo de la observación es para un trabajo de Investigación, será anónimo y confidencial.

ACTIVIDAD	RESULTADO																		
No. 1	1.Si 2. No 3. N N																		
No. 2	1.Si 2. No 3. N N																		
No. 3	1.Si 2. No 3. N N																		
TOTALES Multiplique los resulta- dos afirmativos por 33 = %																			

**Lista de cotejo de las actividades para la vigilancia prenatal del jefe de servicio de Medicina Familiar.**

1. Verifica que el envío a otro nivel de atención se realice de acuerdo con los criterios de atención y referencia señalados en los "Lineamientos Técnico-médicos para la Vigilancia Prenatal y Puerperal, en Medicina Familiar" o el protocolo de atención, implantado.
2. Autoriza el envío de la embarazada, con el registro de su firma en la forma MF-5-2000, recuadro "referencia" correspondiente.
3. Comenta y delibera el envío de la embarazada con el médico para proponer alternativas de solución.

**12.- Supervisión.**

Solicite al Jefe de Servicios del Médico Familiar, Jefe de Enfermeras, Trabajo Social, Asistentes Médicas o a quién corresponda lo siguiente.

7.1 Verifique la existencia de la cédula de supervisión operativa para la vigilancia prenatal efectuada. \_\_\_\_\_

1.Si existe            2. No existe

7.2 A cuantos expedientes la aplicaron  
\_\_\_\_\_

7.3 Cada qué tiempo la efectuaron \_\_\_\_\_

7.3 Cada qué tiempo la efectuaron  
\_\_\_\_\_

7.4 Existe evidencia de retroalimentación \_\_\_\_\_

1. Si            2.No

1. Si realizó (Cumple con el 80% o mas de las actividades) \_\_\_\_\_

2. No realizó (Cumple con el 79% o menos de las actividades)