

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

“APLICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN LA PRIMERA
CONSULTA DE CONTROL PRENATAL POR EL MEDICO
EN LA UMF No 20”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. SERGIO JIMENEZ ZAMORA.

TUTORA:

DRA: SANTA VEGA MENDOZA

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA: MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

DRA



IMSS

MÉXICO D. F.

Generación 2004-2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORA METODOLOGICA.

DRA. MA. DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 20

TUTORA DE TESIS.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 20

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E

INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF 20

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	24
HIPÓTESIS.....	25
OBJETIVOS.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	55

**“APLICACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA EN LA PRIMERA
CONSULTA DE CONTROL PRENATAL POR EL MEDICO FAMILIAR EN LA
UMF No. 20”**

Dr. Sergio Jiménez Zamora¹, Dra. Aguirre-García Ma. Del Carmen², Dra. Vega-Mendoza Santa³.

RESUMEN

Introducción. El control prenatal es responsabilidad del médico familiar, así como detectar y tratar las enfermedades y una continuidad y seguimiento a las pacientes embarazadas. **Objetivo.** Aplicación de la NOM 007SSA2-1993 en la primera consulta de control prenatal por el médico familiar en la UMF No.20. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retroelectivo en 240 expedientes de embarazadas que asisten a consulta prenatal de primera vez aplicando un instrumento basado 18 ítems agrupados en 4 aspectos: clínico, laboratorios, diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas.

Resultados: La edad más frecuente de las embarazadas que acuden a consulta es de 26-30 años (73%). La historia clínica se realiza en 50.8%. A 240 pacientes se les pidió prenatales en la primera consulta. En el tercer trimestre acuden a su primera consulta (51.7%). En (99.4%) se midió frecuencia cardiaca fetal, fondo uterino, peso, talla y presión arterial. A (94%) se les indico toxoide tetánico. En 96.7% se indico acido fólico y hierro. Se determino el riesgo obstétrico en un 27%. Se encontró una congruencia clínica diagnostica en el 75%. Una congruencia clínico terapéutica en el 95,8%. Una congruencia diagnostico terapéutica en el 73.7%.

Conclusiones: La evaluación final indica que el médico familiar si lleva acabo un adecuado control prenatal en mujeres que acuden a consulta de primera vez.

Palabras Clave: Norma Técnica, control prenatal, Médicos Familiares.

1. Médico Residente del tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.
3. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

La existencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido" surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, así como mejorar la sobre vivencia materno-infantil y calidad de vida, tomando en cuenta que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas, que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos.

Es necesario hacer conciencia de la importancia del conocimiento adecuado, para atender a las embarazadas, tanto por el personal médico, enfermería, trabajo social, dental, que están en un contacto frecuente con las pacientes. Las acciones deberán realizarse en conjunto por el equipo de salud, la

MARCO TEÓRICO

La atención prenatal es el gran avance en la atención materno infantil y de todas las acciones conocidas la única realmente eficaz para anticiparse con cierta seguridad a sucesos imprevistos, así como para diagnosticar la existencia de gestación; es igualmente importante conocer el terreno en donde se desarrollará el producto; los antecedentes personales; el estado actual de salud y la evolución del embarazo; la situación psicosocial y otros datos más, que unidos a los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, permiten establecer con bastante seguridad la identificación clínica de normalidad o desviación y por lo tanto un pronóstico y tratamiento adecuados.¹

La atención médica prenatal, es un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete, una estrategia necesaria para lograr todo lo anteriormente señalado, además existe un método basado en el estudio integral de la paciente y que desde hace años se conoce con el nombre de clínica propedéutica obstétrica, realizada con las aportaciones de los numerosos obstetras que fundaron la Escuela Obstétrica Mexicana¹.

Espinosa de los Reyes ¹ al hablar sobre la historia y desarrollo de la atención prenatal menciona que en México el Dr. Juan Duque de Estrada en 1915 y más tarde el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes ¹. Fueron los pioneros de este enfoque y a quienes se debe la integración final del método

Sin embargo, estos maestros no publicaron sus valiosas enseñanzas sobre el tema y no fue sino hasta 1961 que el libro titulado clínica propedéutica obstétrica, basada en sus enseñanzas empezó a utilizarse como libro de consulta en la cátedra de clínica obstétrica ¹.

A través del tiempo numerosos profesionales empezaron a detectar la necesidad de tener más conocimientos sobre el desarrollo del embarazo y así Mercuris Scipio en 1601, propuso la exploración externa de las mujeres que en

aquellos tiempos se veía como una actividad difícil debido a múltiples prejuicios religiosos y culturales ¹.

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

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

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

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

Más recientemente Batalla Martínez ³⁸. En Atención Primaria, refiere que en el seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico, la atención preconcepcional, la educación maternal y la visita puerperal son parte de las actividades que conforman el programa de la mujer. Los contenidos de estas actividades son básicamente intervenciones de promoción y de prevención, competencia de los equipos de Atención Primaria en la mayoría de países desarrollados de nuestro entorno ¹.

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

Además de ofertar a la gestante las actividades de educación maternal y la visita puerperal domiciliaria ¹⁻².

El Médico de Familia es el que confirma la gestación e inicia el seguimiento del embarazo, que debe realizar de forma coordinada con el servicio de ginecología de referencia².

Las actividades de prevención en la atención materno infantil que se desarrollan en la atención primaria presentan una rentabilidad costo - beneficio incuestionable.

La adecuada atención de la embarazada permitirá mejorar la salud de la madre y de su hijo².

Las actividades de prevención en la atención materno-infantil que se desarrollan en la atención primaria presentan una rentabilidad costo-beneficio incuestionable.

La adecuada atención de la embarazada permitirá mejorar la salud de la madre y de su hijo.

Definición

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

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

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

Los objetivos principales de los ciudadanos prenatales son los siguientes:

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

McFee⁴ refiere que el cuidado prenatal es preventivo y también benéfico y efectivo para el costo, como ya se ha demostrado. Como grupo, las mujeres que no reciben cuidado prenatal o éste es inadecuado tienen más complicaciones y peores resultados obstétricos.

Los costos que implica atender a pacientes que no recibieron cuidados también son sustancialmente más altos, con índices mayores de preeclampsia; niños con bajo peso al nacer, prematuros, retraso del crecimiento y mortalidad perinatal.

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

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

Historia clínica

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

Una vez confirmado el embarazo, se procede a la elaboración de una historia clínica prenatal.³ Esta se realiza en la primera visita, que puede ser la entrevista

más larga y la más importante. El dato más relevante es la fecha de última menstruación (FUM) y el nivel de certeza de ésta (el 80% de los casos se puede recabar un día preciso), con este dato, es posible calcular la fecha probable de parto con el 85% de posibilidades de que el parto se produzca ese día.

La fecha probable de parto se calcula sumándole 10 días (regla de Pinard)⁶ o 7 días (regla de Nägele)⁹ a la fecha de primer día de la última menstruación y restándole 3 meses.

También se puede calcular con los calendarios obstétricos manuales.

Antecedentes heredo familiares patológicos y no patológicos

Interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por infecto-contagioso, es muy útil la genealogía breve de tres generaciones.⁹

Los antecedentes personales no patológicos

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

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

Los antecedentes personales patológicos

Será enfocado hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación.

Los padecimientos maternos que obliguen a dar tratamiento con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto.

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

Antecedentes ginecoobstétricos

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

Interrogatorios por aparatos y sistemas

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

Exploración física

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

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

La inspección se divide en general, regional y dinámica.

La inspección general. Muestra datos que se recogen de una mirada y sin detallar regiones, proporciona al estudio obstétrico pormenores valiosos como actitud, estatura, proporción de tronco y miembros, edad aparente, integridad física, movimientos voluntarios e involuntarios y prominencia abdominal.

La inspección regional, se encarga de ver por regiones: cabeza y cara, cuello, mamas y abdomen.

La inspección dinámica. Puede descubrir alguna claudicación, que tenga repercusión pélvica y que sin caminar, con todo orden se comienza por la cabeza y se termina con los miembros inferiores en decúbito dorsal, sin almohada, con los miembros inferiores en semiflexión y abducción y brazos extendidos a lo largo del cuerpo con la vena vacía, porque si esta llena el útero se eleva de 2 a 3 centímetros, las manos del explorador deben estar tibias y utilizando toda la superficie palmar de los dedos y no sólo las puntas.

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

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

Con el estetoscopio de Pinard, es difícil escuchar los latidos antes de las 18 – 20 semanas de embarazo, en cambio con un equipo Doppler portátil, sencillo, se perciben desde la 10-13 semanas.

Exploración genital¹

Este procedimiento tiene especial importancia, por los importantes signos que se obtienen directamente y que manifiestan las modificaciones que el embarazo imprime, a las diferentes áreas del aparato genital.

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

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

Altura uterina: la medición de la altura uterina es una herramienta fundamental para observar el crecimiento fetal. Sólo se puede empezar a medir a partir del segundo trimestre, ya que durante todo el primer trimestre el útero es intrapélvico. Es importante medir la altura uterina en todas las visitas del control prenatal permitiendo detectar retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía fetal. La Norma Oficial Mexicana recomienda la medición de la altura del fondo uterino a partir de la 12^a semana de gestación.⁸

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

Auscultación: Los latidos pueden auscultarse con el estetoscopio de Pinard desde la semana 20 o con un eco Doppler manual desde la semana 13, tomándose muy notorio a partir de la semana 24. La frecuencia cardiaca fetal normal oscila entre 120 a 160 por minuto.⁶ Es recomendable que a partir de las

18 semanas, registrar latidos cardiacos fetales por medio de estetoscopio obstétrico estándar.^{8,9}

Paraclínicos

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

Medicamentos y vitamina

Medicamentos: Evitar los fármacos asociados a riesgos para el feto.

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

- Comprobados: talidomida, citotóxicos, radiación.
- Probables: alcosol, fenitoína, warfarina, litio, quinina, vacunas vivas.
- Posibles: barbitúricos, esteroides, cloro quina, perimetamina, trimetropim.
- Dudosos: fenotiacina, difenhidramina, diacepam, clomifeno, penicilamina.

La Norma Oficial Mexicana⁸ durante las primeras 14 semanas de gestación Batalla Martínez³⁸ recomienda que durante el embarazo sólo deban recetarse fármacos cuando exista una indicación médica que lo justifique, ya que en la mayoría de ellos no se conoce con exactitud el riesgo potencial y dará la dosis mínima.

Minerales: durante el embarazo² para satisfacer las necesidades fetales es indispensable administrar y preservar las reservas maternas del calcio. La leche es relativamente barata, y un litro de leche de vaca contiene 1 g de calcio, aproximadamente la ingestión diaria recomendada durante el embarazo (1.2 g), lo mismo que 33 g de proteínas. Otras sustancias ricas en calcio son los jugos cítricos, yogurt o leche en polvo, o en forma de complemento como el carbonato de calcio. Aunque la mujer embarazada requiere calcio y fósforo en abundancia para satisfacer la anabolía fetal, el exceso del segundo puede producirle calambres en las piernas.

Se requiere hierro complementario para prevenir que se agoten las reservas maternas, sobre todo durante la parte final del embarazo. Es el único mineral que es necesario prescribirse, a dosis de 30 a 60 mg de hierro elemental o 300 mg de sulfato ferroso dos veces al día. Fumarato o gluconato por vía oral, se absorbe mejor en medio ácido.³⁸

El ácido fólico reduce eficazmente el riesgo de defectos del tubo neural en pacientes de alto riesgo, se recomienda dosis diaria de 4 mg en las pacientes que han tenido un embarazo previo con esta patología, debe administrarse preferentemente 3 meses antes del embarazo.^{9, 38}

Williams¹² refiere la importancia de otro número considerable de minerales:

Yodo: Ingerir sal yodada para cubrir las necesidades aumentadas por requerimientos fetales y el incremento de la pérdida renal materna.

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

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

Manganeso: Activa varias enzimas dentro de las cuales está la glucosiltransferasa, que es necesaria para la síntesis de polisacáridos y glicoproteínas.

Selenio: Es un componente esencial de la enzima glutatiónperoxidasa, que cataliza la conversión del peróxido de hidrógeno en agua; siendo un componente defensivo importante contra el efecto perjudicial de los radicales libres.

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

Vitaminas:

Vitamina A

Vitamina C. La ración dietética recomendada durante el embarazo es de 70 mg/día, o de alrededor del 20% más que para la mujer no embarazada.

Vacunación:

Estar inmunizada contra las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo y para las que existan vacunas efectivas. Se recomienda que todas las embarazadas deben vacunarse.⁹ contra la poliomielitis si no esta ya inmunizadas. La vacuna de la polio puede administrarse sin peligro durante el embarazo. Deben evitarse las vacunas de virus vivos durante la gestación por sus posibles efectos dañinos en el feto.

El Colegio Norteamericano de obstetras y ginecólogos recomiendan que se administre toxoide, diftérico y tetánico en el embarazo cuando es probable la exposición a la serie de vacunas contra hepatitis B se puede administrar durante el embarazo en las mujeres de riesgo. Las vacunas contra el sarampión, paperas y rubéola deben administrarse 3 meses antes del embarazo o inmediatamente después del parto. En las embarazadas expuestas a sarampión, hepatitis A, hepatitis B, tétanos varicela o rabia, se recomienda inmunoglobulina. Todas las vacunas se considerarán bajo el criterio de riesgos beneficios.

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

El Colegio americano de ginecología y Obstetricia en el año de 1991, presenta un resumen¹² apropiado para inmunizaciones específicas durante el embarazo, en el cual recomienda lo siguiente:

Ejercicio

No se debe limitar durante el embarazo.

Actividad laboral

Evitar cualquier ocupación que obligue a la embarazada a un esfuerzo físico severo.

Viajes

Para la mujer sana los viajes no tienen efectos peligrosos sobre el embarazo.

Ganancia de peso durante el embarazo

Una mujer que pesaba antes de quedar embarazada de 55 a 58 kg. Debe aumentar de 10 a 12.5 Kg. durante las 40 semanas de gestación. El ritmo de ganancia de peso se refiere que desde la semana 20, el aumento es de 410 a 450 g por semana hasta alcanzar los 12.5 Kg. al término. Lo que según Hytten y Chamberlein (1980) referido por Botella,¹⁵ correspondería que a la semana 10 presentará un aumento de 650 grs.; a la semana 20 de 4 Kg.; a la semana 30 de 8.5 kg. Y a la semana 40 de 12.5 kg.

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

Valoración de riesgo obstétrico

El riesgo obstétrico es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, del parto y el puerperio, que

puede alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.²¹

Se ha dedicado considerable atención a la detección de embarazos complicados o “de alto riesgo” y, de hecho, los programas para evaluación de riesgos han demostrado ser efectivos para detectar la mayoría de los embarazos con riesgo aumentado.¹² En la práctica, uno de los problemas inherentes a los intentos destinados a detectar los embarazos de alto riesgo es la tendencia a ignorar los embarazos tempranamente diagnosticados como de bajo riesgo que, sin embargo, más tarde demostraron ser de alto riesgo. No obstante, existen categorías importantes de riesgo incrementado que se deben detectar antes del parto y a las que se debe proporcionar la debida atención en el manejo posterior del embarazo.

Estas categorías se incluye; 1) patologías médicas preexistentes, 2) embarazos previos con problemas, tales como mortalidad perinatal, parto de pretérmino, retardo en el crecimiento fetal malformaciones, accidentes placentarios o hemorragia materna y 3) evidencia de desnutrición materna.

Diagnóstico integral

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

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

De acuerdo con lo anterior, deberá establecerse el pronóstico y las conductas complementarias de estudio clínico y paraclínico así como el tratamiento necesario. En la derivación del caso al obstetra para beneficio de la paciente.

Consultas subsecuentes

Tras la primera visita se propone la realización de una visita cada 4 semanas. Se realizarán de forma coordinada con el servicio de ginecología, Batalla³⁸ propone un seguimiento entre los dos sectores de atención, de 10 visitas, 6-7 corresponderían al médico de familia y 3-4 al ginecólogo.

La periodicidad del control prenatal²⁵ está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación con la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre, los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable.

En el servicio de Obstetricia de Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de gestación, cada tres semanas hasta las 34 semanas de gestación, cada dos semanas hasta las 36 semanas de gestación y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de gestación.

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

mientras que el criterio clásico indica un control mensual hasta la semana 32, uno quincenal hasta la semana 36 y uno semanal hasta el parto.⁶

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

- Se preguntará la paciente sobre su estado de salud general y quejas que tenga.
- Se tomará su peso, presión arterial y se registrará en el expediente. Se valorarán los cambios de peso en comparación con la curva promedio.
- Se examina una muestra de orina en busca de proteínas y glucosa. Si sobreviene glucosuria importante (>2+), se efectúa investigación de intolerancia a los carbohidratos.²⁶ Esta consiste en administrar una carga bucal de 50 g de glucosa y en la determinación de la glucemia una hora después, o determinación de la glucemia en ayunas y de ésta posprandial a las dos horas. Si estas pruebas resultan anormales, se ordena una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG). La proteinuria repetida >I+ o los síntomas urinarios requerirán la obtención de una muestra capturada con limpieza para cultivo y estudio microscópico. Si la cuenta bacteriana es >100000/ml, se prescribirán antibióticos apropiados. Se planea un urocultivo repetido una semana después de concluido el tratamiento, y de nuevo si reaparece la sintomatología. Si la cuenta es <100000/ml, se obtiene una muestra de orina de 24 horas para medición de volumen, depuración de creatinina y determinación de proteínas totales para diagnosticar la presencia de posible enfermedad renal.
- Se palpa el abdomen. Se mide y anota la altura del útero a partir de la semana 12 de gestación,^{8,38} por arriba de la sínfisis del pubis. Del mismo modo, se apunta la frecuencia cardíaca fetal y cualquier detalle que se considere anormal. Después de la semana 28 se determina la presentación del feto. A partir de la semana 32, se registran además de estas mediciones,

posición del feto, encajamiento de la parte de presentación y estimación del peso fetal.

- Se puede efectuar exploración rectal o vaginal casi en cualquier momento para conformar la parte de presentación, establecer su estado y determina el estado del cuello uterino.
- Cuando los datos físicos no se inclinan a favor de la fecha estimada de confinamiento calculada a partir de la FUM, se recurre a la ultrasonografía para investigar la presencia de anomalías del desarrollo fetal, de disparidades en la edad gestacional o retraso del crecimiento.

Expectativas de la Institución

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

La medicina familiar.³⁸

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

Intervención del médico familiar

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

Los médicos de familia están capacitados para realizar el control prenatal y la atención las embarazadas de bajo riesgo con la misma calidad que los obstetras.

Las embarazadas se sienten más cómodas si son controladas por los médicos que siempre las han atendido y que las conocen. Una ventaja de los médicos de familia es que tienen la posibilidad de ver a las pacientes antes de que decidan el embarazo y, de esta forma, pueden ser más eficaces para instaurar las prácticas preventivas.⁶

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

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

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

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

El médico familiar, tendrá como línea base, la educación de la madre sobre la edad gestacional y fecha posible de parto, movimientos fetales y bienestar fetal, nutrición materna, lactancia y cuidados neonatales, derechos legales, orientación

sexual, planificación familiar y preparación al parto, aprovechando todas y cada una de las consultas prenatales. Si se toma en cuenta que el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo.²⁰

En la actualidad la ausencia de acceso a la atención prenatal para muchas mujeres, tanto en áreas rurales como urbanas, es motivo importante para que haya más médicos de familia que es el profesional adecuado para proporcionar un equilibrio entre la naturaleza y la tecnología y puede ser un excelente guía para conseguir una atención prenatal apropiada.

La mujer que da a luz establece nuevas relaciones con sus allegado y todos los familiares asumen nuevas responsabilidades para con los demás y con respecto al niño y a la comunidad. La atención materna centrada en la familia reconoce la importancia de estas nuevas relaciones y responsabilidades y tiene como objetivo obtener el mejor resultado posible en todos los familiares.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de ese sector de la población derechohabiente. Siendo este un indicador muy importante en la calidad de atención es necesario investigar la adecuada aplicación de la norma técnica del embarazo por los médicos familiares ya que somos el primer contacto con la paciente que se quiere embarazar o esta embarazada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Es utilizada la norma técnica del embarazo en la primera consulta prenatal por el médico familiar en la unidad de Medicina Familiar Número 20?

JUSTIFICACION

La vigilancia del embarazo en el sistema médico familiar se encuentra dentro de los primeros seis motivos de demanda de consulta de primer nivel de atención.

En nuestro medio se cuenta con información sobre la aplicación de esta norma de vigilancia del embarazo sin embargo se debe enfatizar en el uso adecuado de la misma ya que el médico familiar es el primer contacto con la mujer embarazada.

Se ha observada en las mujeres embarazadas que acuden por complicaciones en el embarazo y que nunca habían recibido atención prenatal, otras que acudían por presentar inicio del trabajo de parto, siendo la primera ocasión que acudían al médico perdiendo así toda posibilidad de prevención y tratamiento de múltiples complicaciones, así como la morbi - mortalidad perinatal.

En el presente estudio se trata de identificar la utilización adecuada de la **norma técnica para la vigilancia en la atención prenatal** en la primera consulta médica de las mujeres embarazadas.

HIPÓTESIS

No requiere hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 en la primera consulta de control prenatal por el médico familiar en la UMF No. 20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la frecuencia de expedientes en las que se utilizó la Norma Oficial Mexicana (NOM) en la primera atención de la mujer durante el embarazo.
- Identificar la frecuencia de los datos clínicos asentados en el expediente de acuerdo a la NOM de atención prenatal (peso, talla, ta, fcf, fu).
- Identificar el diagnóstico emitido en los expedientes de la mujer embarazada (en semanas y el riesgo obstétrico).
- Identificar la frecuencia de tratamiento asentado en los expedientes de la mujer embarazada de acuerdo a la NOM de atención prenatal.
- Identificar la congruencia clínica-diagnóstica, clínica terapéutica u diagnóstica-terapéutica en relación a la norma.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO.

OBSERVACIONAL. Por que el investigador no podrá modificar de forma intencional las variables.

TRANSVERSAL: No se hace seguimiento, las variables son medidas por una sola vez.

ESTUDIO DESCRIPTIVO: Se estudia un solo grupo, no se hacen comparaciones.

RETROLECTIVO: Por que la información se recabara de expedientes a partir de agosto del 2005 a agosto del 2006.

SITIO DE ESTUDIO : Unidad de medicina familiar N20 IMSS ubicada en calzada Vallejo N675 colonia Magdalena de las Salinas delegación Gustavo A Madero., México DF que otorga atención de primer nivel.

PERIODO DEL ESTUDIO: Agosto del 2005 a agosto del 2006

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Expedientes de pacientes embarazadas en el periodo de agosto del 2005 a agosto del 2006, que hayan acudido a control prenatal por primera vez a la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Expedientes de mujeres embarazadas de cualquier edad, que acudieron a consulta prenatal por primera vez.
- 4.- ambos turnos, en cualquier semana de gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Expedientes de mujeres que refieran haber sido llevado atención prenatal solo por 2do o tercer nivel.
2. Expedientes de mujeres embarazadas que no aparecieron con vigencia de derechos, durante el periodo de estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1- Expedientes clínicos que no tengan la nota médica de primera vez.

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico por conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA: Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó el programa de EPI INFO 2000. Con una población total de mujeres embarazadas de 8,173 y una frecuencia del 91.1 % con un nivel de confiabilidad del 95%, obtuvimos un resultado de 200 pacientes agregando el 20% por perdidas, esperadas nos dio un total de 240 pacientes la cual fue nuestra población en estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se determina en años cumplidos. Asentados en el expediente.	Cuantitativa de razón.
No DE TRIMESTRE EN CURSO: Cada uno de los de los tres períodos de tres meses de que consta el embarazo.	Se determinara en semanas cumplidas agrupando por Primero, segundo y tercer trimestre. Según la primera atención prenatal.	Cualitativa ordinal
HISTORIA CLINICA REALIZADA: Recopilación de datos a través del propio paciente y de otras fuentes con respecto a su estado físico y sus funciones psíquicas, sociales y sexuales.	Se revisara que se encuentre realizada o no la historia clínica en el expediente. 1si o 2no.	Cualitativa dicotómica.
MEDICION DEL FONDO UTERINO: Medida en centímetros desde la parte superior del pubis hasta el punto más alto del útero a nivel de la línea media.	Se asentara si se realizo la medición de fondo uterino 1 si o 2 no. 3.-no valorable en este momento.	Cualitativa dicotómica
MEDICION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Números de latidos cardiacos del feto por unidad de tiempo.	Se asentara si serealizo la medición de fondo uterino 1-si 2-No. 3-no evaluable en este momento.	Cualitativa dicotómica.
MEDICION DEL PESO: Determinación expresada en números de la masa de un cuerpo.	Se asentara si serealizo la medición del peso.1- Si 2-No.	Cualitativa dicotómica.
GRUPO SANGUINEO: Clasificación de la sangre en la que se toma como base la presencia o ausencia de ciertos antígenos determinados genéticamente que se encuentran en la superficie del hematíe.	Se asentara si serealizo la solicitud en la primera consulta prenatal	Cualitativa dicotómica.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
BIOMETRIA HEMATICA: Estudio de la sangre en cantidad y calidad de la misma.	Se asentara si se realizo la indicación 1.-Sí,2.- No.	Cualitativa dicotómica.
QUIMICA SANGUINEA: Cantidad de sustancias hemáticas en la sangre.	Se asentara si se realizo la indicación 1.-Sí,2.- No.	Cualitativa dicotómica.
VDRL: Prueba serológica de floculación para el diagnóstico de la sífilis.	Se asentara si se realizo la indicación 1.-Sí,2.- No.	Cualitativa dicotómica.
TOXOIDE TETANICO: Toxina que ha sido tratada con productos químicos o calor para la prevención contra el tétanos.	Se asentara si se realizo la indicación 1.-Sí,2.- No.	Cualitativa dicotómica.
DIAGNOSTICO: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.	Se asentara si se determino en semanas de gestación: 1.-Si 2.- No.	Cualitativa dicotómica.
Riesgo Obstétrico: Estado de vulnerabilidad de binomio madre-feto.	Se asentara si se determino en semanas de gestación: 1.-Si 2.- No.	Cualitativa dicotómica.
Tratamiento Médico: Cuidado y atenciones con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad.	Se asentara si se indico ácido fólico 1.-Si, 2.-No. Si se indico hierro 1.-Si. 2.-No.	Cualitativa dicotómica.

DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, IMSS, la cual está ubicada en Calzada Vallejo No 675, Colonia Magdalena de las Salinas, México DF.; C.P. 07760, brinda atención médica a la delegación Gustavo A. Madero y Azcapotzalco, tiene adscritas 120 colonias. Es una Unidad de Primer Nivel que cuenta con 30 consultorios y 60 Médicos que otorgan asistencia médica en el turno matutino y vespertino. mediante autorización por los jefes de departamento clínico, se obtuvo la información de los expedientes de las pacientes embarazadas adscritas a esta unidad las cuales fueron facilitados (nombre y numero de seguridad social) por el servicio de ARIMAC, evaluándose los siguientes parámetros según la NOM de atención prenatal: clínicos (historia clínica, peso, talla, tensión arterial, fondo uterino, frecuencia cardiaca fetal), laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, VDRL, grupo y Rh), diagnóstico (semanas de gestación y riesgo obstétrico), terapéutico (acido fólico y hierro), medidas preventivas (aplicación de toxoide tetánico). Considerando 3 o mas de estos parámetros para el cumplimiento de la NOM.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información mediante medidas de tendencia central: frecuencia, porcentaje, media y mediana con utilización del programa de estadística SPSS versión 10 o 12.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Médico de tercer año de la residencia de Medicina familiar.
- Apoyo de Jefes de Departamento correspondientes.
- Médico asesor con especialidad en Medicina Familiar.
- Tres encargados de archivo para localización de expedientes.

RECURSOS FÍSICOS

- Área de enseñanza médica.
- Papel.
- Fotocopias.
- Lápices.
- Computadora.
- Servicio de vigencia de derechos para confirmación del registro y la localización de las colonias.

RECURSOS FINANCIEROS:

Todos los gastos corren a cargo del investigador.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retroelectivo por medio del expediente donde se revisó la primera nota de atención prenatal para analizar si los médicos familiares de la UMF 20 cumplen con la norma técnica para la atención prenatal, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad de las pacientes estudiadas mediante expediente fue una mínima de 15 años y máxima de 42 años con una media de 27.5% (DE ± 5.51). En relación a los rangos de edad, el de 26 a 30 años con un 30.5% (n=73), 31 a 35 años el 27.6% (n=66), el de 21 a 25 años con el 22% (n=33), el de 15 a 20 años con el 13,3% (n=32), el de 36 a 40 años con el 6.3% (n=15), y el de 41 y más años con el 0.3% (n=1). **(Ver cuadro 1 y gráfico 1).**

En cuanto al **Trimestre en que solicitaron la primera consulta de atención prenatal** se encontró que un 51.7% (n=127) en el tercer trimestre, un 36.3% (n=87) en el segundo trimestre y un 12.1% (n=29) acudieron en el primer trimestre **(Ver cuadro 2 y gráfico 2).**

La **frecuencia de acciones clínicas realizadas** fue la siguiente: **Historia** clínica completa 50.8% (n=122), medición de fondo uterino 90% (n=216), toma de frecuencia cardíaca fetal 68.3% (n=164), toma de peso 99.6% (n=239), medición de la talla 99.6% (n=239), Toma de la tensión arterial 99.6% (n=239). **(Ver cuadro 3).**

Con respecto a la **solicitud de exámenes prenatales** se observó que la biometría hemática, química sanguínea, VDRL, grupo, Rh y EGO fueron solicitados en un 54.1% (n=130) en el tercer trimestre, 32.5% (n=78) en el segundo trimestre y 13.3% (n=32) en el primer trimestre **(Ver cuadro 4).**

La realización de un **diagnostico adecuado en las mujeres en control prenatal** por primera vez en cuanto a semanas de gestación fue de 75% (n=180) y en riesgo obstétrico fue de 86.2% (n=2007). **(Ver cuadro 5 y gráfico 3).**

En el tratamiento indicado en las mujeres en control prenatal que acudieron por primera vez se observó que en un 96.7% (n=232) se indicó ácido fólico y hierro. **(Ver cuadro 6).**

La indicación de toxoide tetánico a las mujeres en control prenatal fue de 60.8% (n=146). **(Ver cuadro 7).**

En las pacientes que se les determino el **riesgo obstétrico** de acuerdo a su **edad** fue en el rango de 26-30 años en un 27% (n=65), seguidos del rango de 31-35 años con un 24.5% (n=59) (**Ver cuadro 8 y gráfico 4**).

Con respecto a **la relación clínico-diagnostica** se observo que en un 75 % (n=180) era adecuada. (**Ver cuadro 9**).

En cuanto a **la relación clínico-tratamiento** se determino en un 95.8% (n=230) . (**Ver cuadro 10**).

En la **relación diagnostico-tratamiento** se realizó en un 73.7 % (177). (**Ver cuadro 11**).

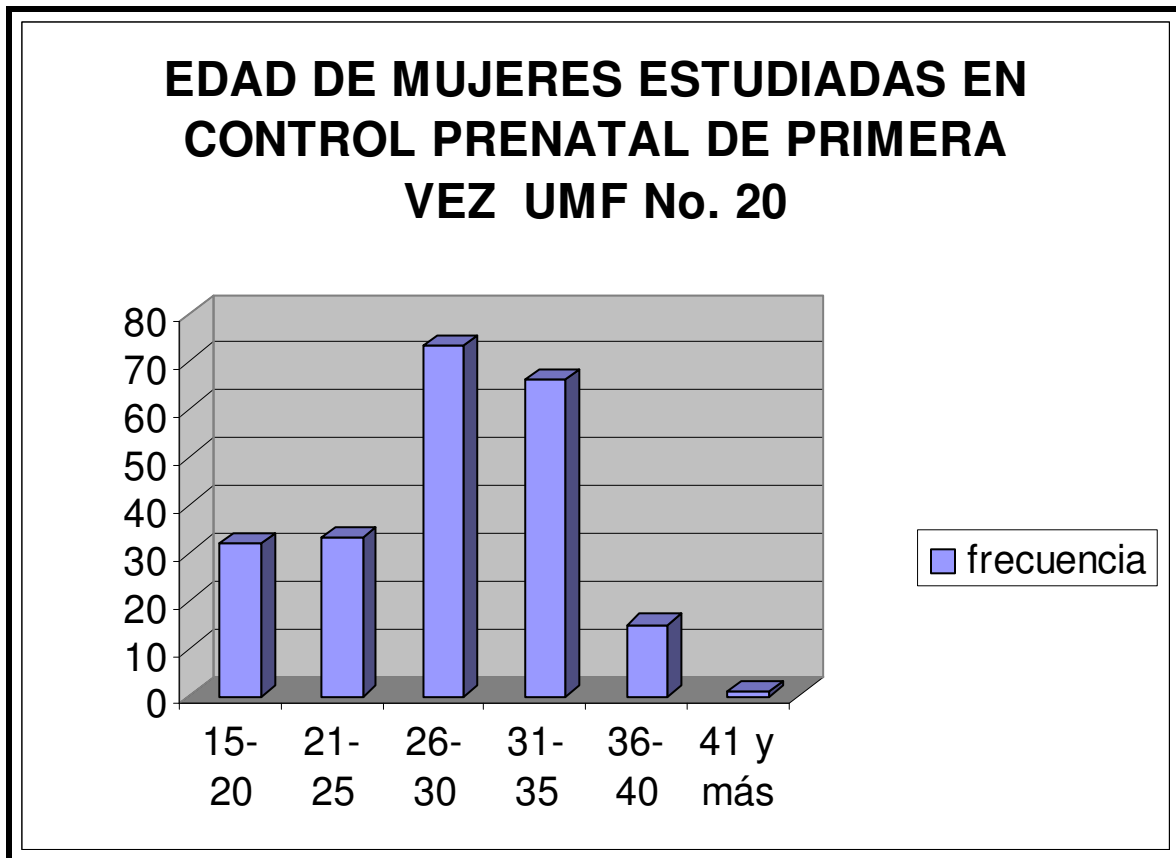
La aplicación de la NOM en la atención prenatal de primera vez por el médico familiar fue del 74.2% (n=178) y el 25.8 (n=62) que no la aplicaron (**ver cuadro 12 y gráfico 5**).

CUADRO 1. EDAD DE MUJERES ESTUDIADAS EN CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

Edad	Frecuencia (240)	%
15- 20 años	32	13.3
21-25 años	33	22.0
26-30 años	73	30.5
31- 35 años	66	27.6
36-40 años	15	6.3
41 y mas	1	0.3

Fuente. UMF 20. IMSS.

GRAFICO 1. EDAD DE MUJERES ESTUDIADAS EN CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

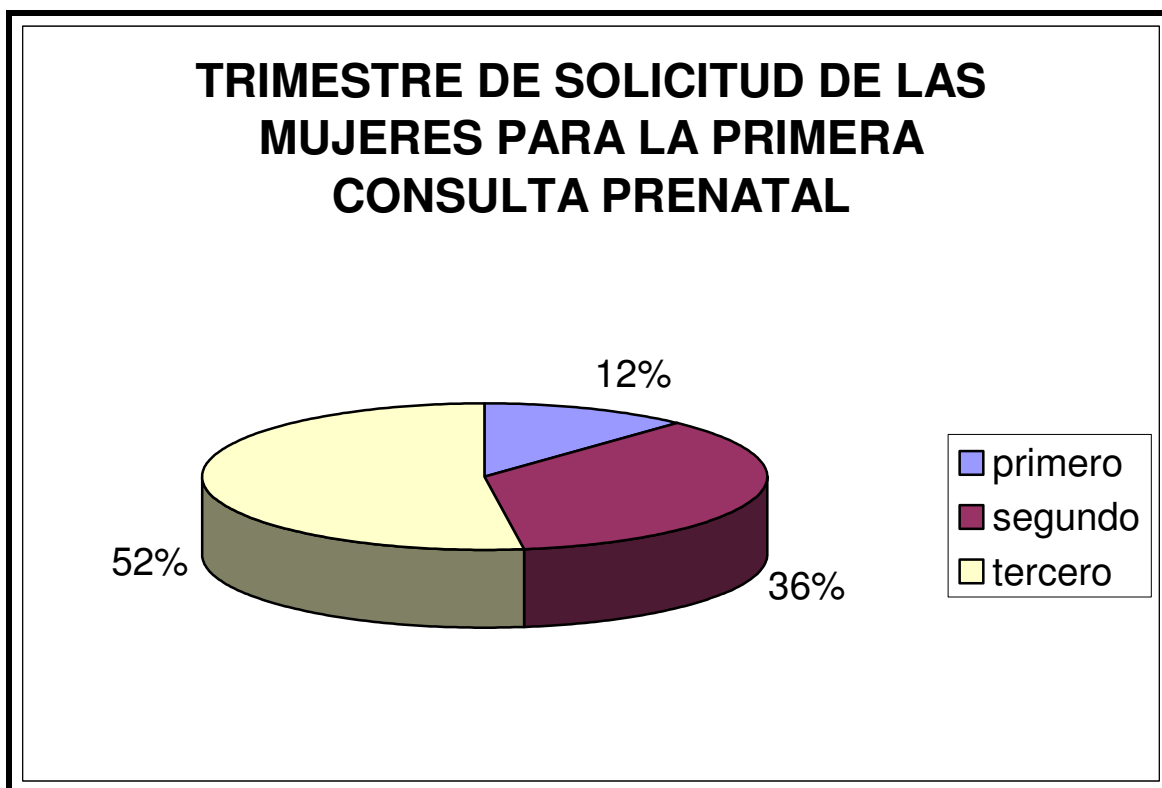


CUADRO 2. TRIMESTRE DE SOLICITUD DE LAS MUJERES PARA LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL.

Trimestre de atención	Frecuencia (240)	Porcentaje %
Primer trimestre	29	12.1
Segundo trimestre	87	36.3
Tercer trimestre	127	51.7

Fuente. UMF 20. IMS

GRAFICO 2. TRIMESTRE DE SOLICITUD DE ATENCIÓN DE LAS MUJERES PARA LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL.



CUADRO 3. FRECUENCIA DE ACCIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

Acciones clínicas	Frecuencia (240)	%
Historia clínica completa		
Si	122	50.8
No	118	49.2
Fondo Uterino		
Si	216	90
No	24	10
Frecuencia cardiaca fetal		
Si	164	68.3
No	76	31.6
Peso		
Si	239	99.6
No	1	0.4
Talla		
Si	239	99.6
No	1	0.4
Tensión arterial		
Si	239	99.6
No	1	0.4

Fuente. UMF 20. IMSS.

CUADRO 4. SOLICITUD DE EXÁMENES PRENATALES EN LAS MUJERES

Exámenes de laboratorio	Frecuencia (240)	%
Biometría hemática		
1er trimestre	32	13.3
2do trimestre	78	32.5
3er trimestre	130	54.1
Química sanguínea		
1er trimestre	32	13.3
2do trimestre	78	32.5
3er trimestre	130	54.1
VDRL		
1er trimestre	32	13.3
2do trimestre	78	32.5
3er trimestre	130	54.1
Grupo y Rh		
1er trimestre	32	13.3
2do trimestre	78	32.5
3er trimestre	130	54.1
EGO		
1er trimestre	32	13.3
2do trimestre	78	32.5
3er trimestre	130	54.1

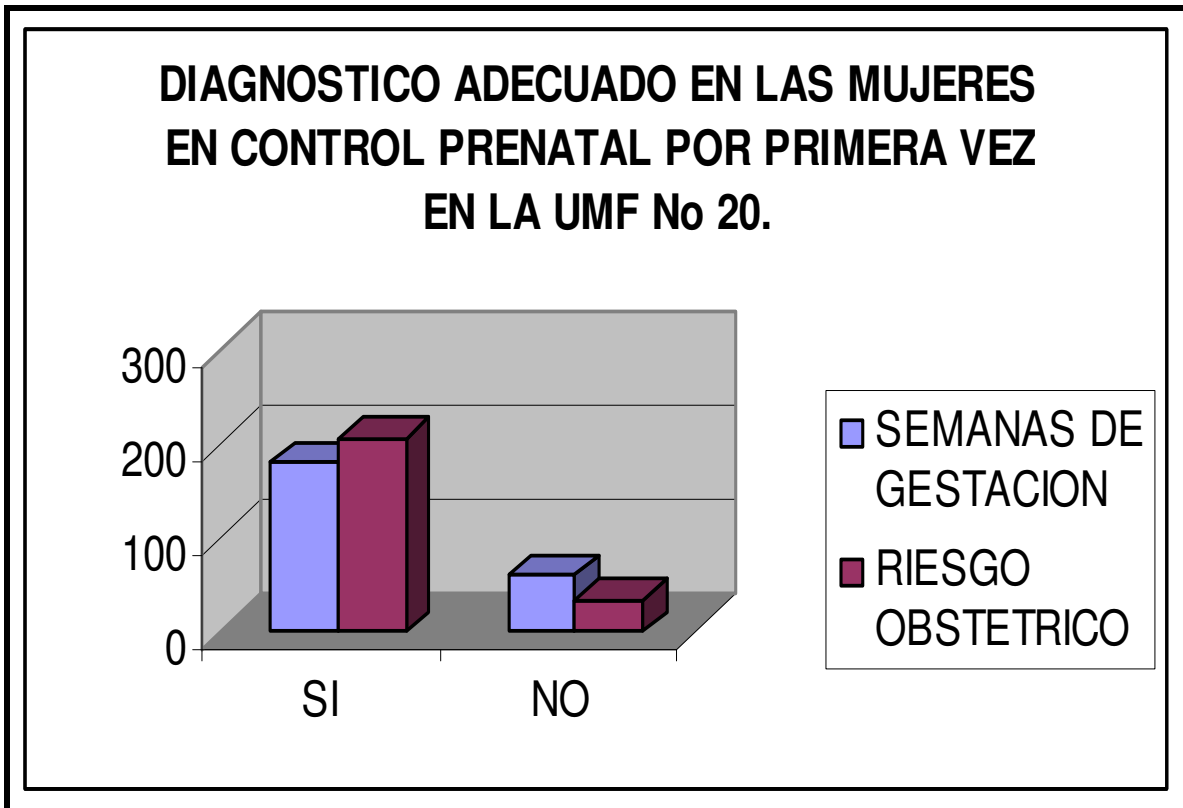
Fuente. UMF 20. IMSS.

Cuadro 5. DIAGNÓSTICO ADECUADO EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

Diagnostico	Frecuencia (240)	%
Semanas de gestación	180	75
Si	60	25
No		
Riesgo obstétrico		
Si	207	86.2
No	33	13.8

Fuente. UMF 20. IMSS.

GRAFICO 3. DIAGNOSTICO ADECUADO EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL POR PRIMERA VEZ EN LA UMF No 20.



CUADRO 6. TRATAMIENTO INDICADO EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL POR 1RA VEZ.

Tratamiento	Frecuencia (240)	%
Acido fólico		
Si	232	96.7
No	8	3.3
Hierro		
Si	232	96.7
No	8	3.3

Fuente. UMF 20. IMSS.

CUADRO 7. INDICACIÓN DE TOXOIDE TETANICO A LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL.

Toxoiide tetánico	Frecuencia (240)	%
Si	146	60.8
No	94	39.2

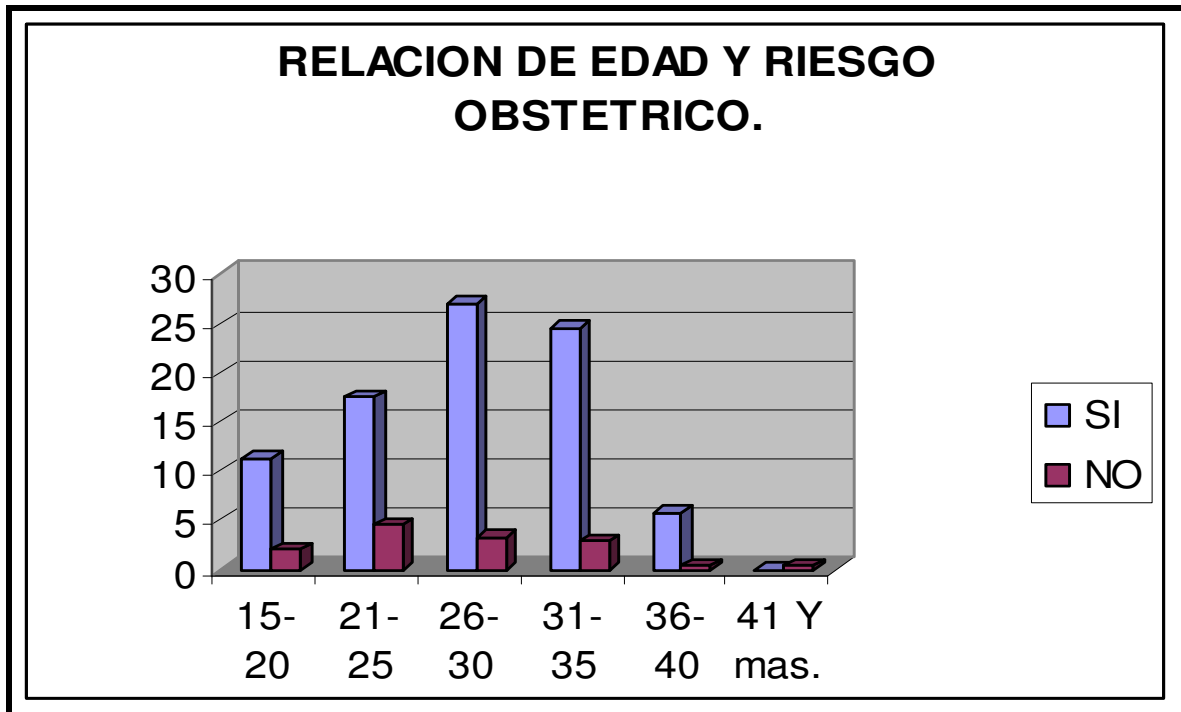
Fuente. UMF 20. IMSS.

CUADRO 8. DETERMINACION DE LA RELACION DE EDAD Y RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES EN LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL.

Edad	Riesgo obstétrico			
	SI		NO	
	N	%	N	%
15-20 años	27	11.2	5	2
21-25 años	42	17.5	11	4.5
26-30 años	65	27	8	3.3
31-35 años	59	24.5	7	2.9
36-40 años	14	5.8	1	0.4
41 y más.	0	0	1	0.4

Fuente. UMF 20. IMSS.

GRAFICO 4. DETERMINACION DE LA RELACION DE EDAD Y RIESGO OBSTETRICO EN MUJERES EN LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL.



CUADRO 9. RELACIÓN CLÍNICO-DIAGNOSTICA EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL POR 1RA VEZ.

		Diagnóstico			
Clínica	Si		NO		
	n	%	n	%	
Si	180	75	58	24	
No	1	0.4	1	0.4	

Fuente. UMF 20.IMSS.

CUADRO 10. RELACIÓN CLÍNICO-TRATAMIENTO EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL POR PRIMERA VEZ.

Clínica		Tratamiento			
		Si		NO	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	Frecuencia	230	95.8	8	3.3
No	Frecuencia	1	0.4	1	0.4

Fuente. UMF 20.IMSS.

CUADRO 11. RELACIÓN DIAGNÓSTICO-TRATAMIENTO EN LAS MUJERES EN CONTROL PRENATAL.

Diagnostico		Tratamiento			
		Si		NO	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	Frecuencia	177	73.7	4	1.6
No	Frecuencia	54	22	5	2

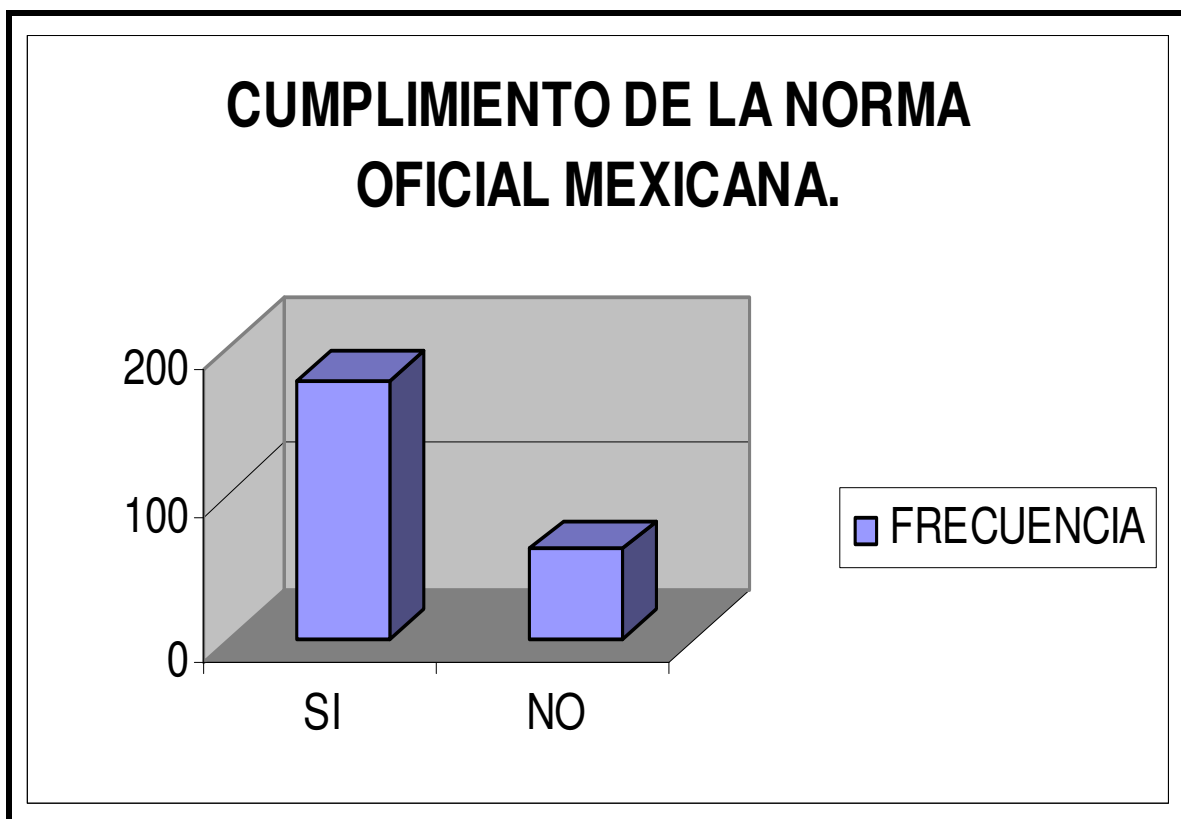
Fuente. Expedientes UMF 20.IMSS.

CUADRO 12. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA POR LOS MÉDICOS FAMILIARES EN EL CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.

Cumplieron	Frecuencia (240)	%
Si	178	74.2
No	62	25.8
Total	240	100

Fuente. UMF 20. IMS

GRAFICO 5. CUMPLIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA POR LOS MEDICOS FAMILIARES EN EL CONTROL PRENATAL DE PRIMERA VEZ.



DISCUSIÓN.

El presente estudio demostró que si se cumple la NOM en tres cuartas partes de las mujeres en control prenatal de primera vez en más del noventa por ciento en clínica-terapéutica, y en el setenta y cinco por ciento en clínico-terapéutico, la edad de atención es de 26 a treinta años acudiendo las mujeres a control prenatal por primera vez en este momento en más del noventa por ciento se les toma ta y peso ,talla y medición de fondo uterino en el casi cien por ciento, en casi el 70 por ciento se les realiza la valoración de la frecuencia cardiaca fetal, el 100% se le solicito todos los estudios prenatales en tres cuartas partes se les dio el diagnostico en semanas de gestación y en más del ochenta % el riesgo obstétrico casi el 100% se otorgo el hierro y acido fólico en el 60% se indico toxoide tetánico.

Espinosa y cols¹ menciona que la historia clínica completa cumple un papel fundamental para la detección de patologías y para reconocer los embarazos de riesgo. Por lo general éste es un instrumento poco utilizado y valorado por el médico. **Kochenou y cols³** menciona una vez confirmado el embarazo, se procede a la elaboración de una historia clínica prenatal. Esta se realiza en la primera visita, que puede ser la entrevista mas larga y la mas importante. El dato más relevante es la fecha de ultima menstruación (FUM) y el nivel de certeza de esta (el 80% de los casos se puede recabar un día preciso), con este dato, es posible calcular la fecha probable de parto con el 85% de posibilidades de que el parto se produzca ese día. **Fraifer y cols⁴¹** refiere que la historia clínica debe de recabar información de los antecedentes personales (hipertensión, diabetes, infecciones urinarias, hábitos, incompatibilidad sanguínea, problemas tiroideos, cardiacos) gineco-obstétricos (menarca, anticoncepción, gestas anteriores, abortos, período intergenésicos, pesos de recién nacidos previos) y familiares (gestas múltiples, hipertensión, diabetes). En algunos casos la recolección de estos datos hace mas estrecha la relación medico-paciente. Teniendo en nuestro estudio que el cincuenta por ciento de los médicos les realiza historia clínica a las pacientes embarazadas desde primera vez, siendo importante para valorar los riesgos del embarazo.

García y cols.⁴³ exponen que la semana de gestación en la que deben de recibir la primera atención prenatal sería en el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 del embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que lleguen de primera vez serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y visitas subsecuentes. **Kochenour cols³** menciona que la primera consulta se debe de realizar antes de la concepción o en el momento en que se planea. **La Norma Oficial Mexicana de atención de la embarazada⁸** recomienda un control prenatal inicial en el primer trimestre, con una frecuencia mensual hasta el séptimo mes (32 semanas), cada 2 semanas entre el séptimo y el octavo mes (33 a 36 semanas) y semanal del octavo al noveno mes (37 a 40 semanas eventualmente hasta las 42). **Minsa cols⁴⁴** expone que en aquellos

casos en que la gestante llegue en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio. Estando de acuerdo con los autores de inicio de control prenatal pero en relación a nuestro a nuestro estudio observamos que más del cincuenta por ciento de las mujeres inician control prenatal en el tercer trimestre, teniendo como consecuencia dificultad para otorgar las medidas preventivas y tratamiento oportuno; así mismo probablemente incremento en la detección de complicaciones.

Baena Camus cols³⁹ menciona que la medición del fondo uterino se realiza localizando sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. **La Norma Oficial Mexicana**⁸ sugiere la realización del fondo uterino a partir de la 12^a semana de gestación y en cada una de las visitas del control prenatal. **Kochenour cols**³ refiere que este instrumento para identificar retardo en el crecimiento intrauterino tiene una sensibilidad de 85 % y especificidad de 91%, cuando es tomada por el mismo observador en consultas sucesivas. La Norma Oficial Mexicana⁸ comenta que la frecuencia cardíaca fetal se puede escuchar a partir de la semana 18 de la gestación con el estetoscopio Pinard, expone la medición del peso en todas y cada una de las consultas prenatales; que la talla es un punto importante para el seguimiento de la atención prenatal desde la primera hasta la última consulta.

Batalla cols³⁸ refiere que con Doppler, se puede auscultar a partir de las 13 semanas. La FCF solo nos aporta información instantánea sobre la vitalidad fetal no teniendo correlación con eventos futuros. **Ribas cols**¹⁰ sugiere el peso, previo a la concepción y el peso de cada visita, siendo el aumento del mismo entre 9 y 12 kilos al finalizar el embarazo, aunque aumentos superiores no se correlacionan con mayor morbilidad perinatal. **Minsa cols**⁴² refiere que se debe realizar al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. **Kochenour cols**³ refiere que la detección precoz de la hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas veces puede llevar al desencadenamiento de Pre-eclampsia. En la revisión de expedientes clínicos todos fueron electrónicos por lo que casi el cien por ciento de los médicos realizó la toma de peso, talla y tensión arterial, el fondo uterino y frecuencia cardíaca fetal más del cincuenta por ciento.

La Norma Oficial Mexicana⁸ recomienda la realización de EGO en al menos 5 ocasiones. **Batalla cols**³⁸ manifiesta la necesidad de realizarse a toda embarazada por la alta prevalencia de bacteriuria asintomática en las madres en control y recomienda la realización del V.D.R.L en las pacientes que han tenido infección por treponema pálido. **Baena Camus cols**³⁹ alternativamente se puede realizar un urocultivo como prueba con mayor sensibilidad y especificidad. **La Norma Oficial Mexicana**⁸ manifiesta la realización ideal del grupo sanguíneo desde la primera consulta prenatal. Siendo ideal la tipificación en el laboratorio de la Institución donde se llevara a cabo el parto, con fines de evitar clasificaciones de

verificación, en embarazadas no anémicas se debe realizar biometría hemática y hematocrito a las 28 y 36 semanas. **Minsa cols**⁴² estima la revisión del valor y concentración de productos hemáticos mediante la concentración de hematocrito, ya que la concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). así ha encontrado que el 5 % de las embarazadas cursa con una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90 % de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el posparto. **La Norma Oficial Mexicana**⁸ **Minsa cols**⁴² **Baena Camus cols**³⁹ estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales que no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal < 140 mg /dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de gestación. Estamos de acuerdo con todos los autores en la realización de estas acciones en la embarazada por lo que los médicos si los solicitan en cada una de las mismas, para detectar alguna alteración.

Kochenour cols³ recomienda en mujeres embarazadas sin esquema completo la aplicación de toxoide tetánico deber realizarse a través de un plan de dos dosis , que se iniciara alas 24 semanas y se repetirá con un intervalo no menor a 4 semanas. La aplicación de una tercer dosis 6 a 12 meses después de la segunda, confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años. Realizándose en más del 50% de las mujeres de nuestro estudio la aplicación del toxoide tetánico

Morato Navarro cols³⁷ recomienda que la administración de hierro y acido fólico debiera ser desde el inicio de la gestación con una ingesta de 1mg/día de acido fólico en prevención primaria. **Fraifer cols**⁴¹ refiere que la administración de acido fólico desde un mes antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación para la disminución de los defectos del tubo neural. Estando de acuerdo, por lo que nuestros médicos del instituto en más del noventa por ciento se indican en las mujeres embarazadas.

CONCLUSIONES.

1.- La edad de las pacientes estudiadas fue de una mínima de 15 años y máxima de 42 años. En relación al rango de edad que predominó fue de 26-30 años seguidos por el de 31-35 .

2.- En cuanto al Trimestre en que solicitaron la primera consulta de atención prenatal se encontró que un 51.7% es en el tercer trimestre.

3.-La frecuencia de acciones clínicas realizadas fue la siguiente: Historia clínica completa 50.8 %, medición de fondo uterino 90 %, toma de frecuencia cardíaca fetal 68.3 %, toma de peso 99.6 %, medición de la talla 99.6 %, Toma de la tensión arterial 99.6 %, cumpliendo con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana.

4.- Con respecto a la solicitud de exámenes prenatales se observó que la biometría hemática, química sanguínea, VDRL, grupo, Rh y EGO fueron solicitados en un 13.3% en el primer trimestre, 32.5 % en el segundo trimestre y 54.1 % en el tercer trimestre.

5.- La frecuencia de un diagnóstico adecuado en las mujeres en control prenatal por primera vez en cuanto a semanas de gestación fue de 75% y en riesgo obstétrico fue de 86.2 %.

6.- El tratamiento indicado en las mujeres en control prenatal que acudieron por primera vez se observó que en un 96.7% se indicó ácido fólico y hierro.

7.- La indicación de la aplicación de toxoide tetánico en las mujeres en control prenatal fue de 60.8%.

8.- En la Relación de edad y riesgo obstétrico se observó lo siguiente: de 15-20 años 11.2%, 21-25 años 17.5%, 26-30 años 27%, 31-35 años 24.5%, 36-40 años 5.8%, 41 y más 0%.

9.- Con respecto a la relación clínico-diagnóstica se observó que en un 75 % era adecuada.

10.- En cuanto a la relación clínico-tratamiento se observó que un 95.8% era adecuada.

11.- En la relación diagnóstico-tratamiento se observó que un 73.7 % era adecuada.

12.- En el 74.2% de las pacientes estudiadas si cumplió el médico con la aplicación de la Norma Oficial Mexicana, en el 25.8% no se llevaron a cabo las recomendaciones establecidas en los puntos estudiados.

RECOMENDACIONES

- El médico y el equipo de salud deberían de realizar adecuada y clara información en las paciente adolescentes y en edad reproductiva sobre lo que significa un embarazo de alto riesgo y de las complicaciones del mismo a edades tempranas y tardías.
- Informar al médico de orientar a la paciente con riesgo reproductivo sobre la importancia de acudir a control desde la etapa preconcepcional y natal desde que se tenga sospecha de embarazo para el inicio de medidas preventivas oportunamente y evitar las complicaciones.
- Insistir a toda paciente embarazada que trabaje en la importancia que tiene el acudir constantemente al control prenatal, instalando como un requisito indispensable el tener un mínimo de 5 consultas.
- Resaltar la importancia que tiene el de llevar acabo la toma y registro de signos vitales en el personal de base y de formación para un adecuado control prenatal.
- Que el personal encargado de los recursos materiales se encuentren al pendiente en el servicio de laboratorio para poder evitar una falta de recursos de cualquier índole que impida llevar acabo un adecuado control prenatal.
- Informar a los médicos que la Norma Oficial Mexicana de la Atención de la Embarazada recomienda realizar urocultivo y exudados vaginales como exámenes prenatales que se deben solicitar en la primera consulta.
- Mayor disponibilidad de todos los jefes de servicio para el acceso al expediente electrónico ya que no todos brindan facilidades para la recopilación de datos por dicho medio.
- Difusión adecuada de los manuales y normas técnicas institucionales por medio de sesiones o cursos para los médicos familiares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Espinosa SV, Azcarate SS, Cerna, RJ, Vigilancia Prenatal. PAC GO-1. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. Editores Internistas.1998, citado en Mayo 2003; Disponible en URL: <http://www.drscope.com/pae/ginecobs/ol/ol pag 15.htm>.
2. Benson RC, Pernoll ML, Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales, Manual de obstetricia y ginecología. 9° Edición, Mc Graw – Hill Interamericana. México, 1994. p. 108-53
3. Kochenour NK, Scout JR, Disai Pj. Cuidados prenatales y embarazo normal. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 6° Edición.Mc Graw Hill Interamericana. USA 1994.p.127-64
4. Mcfee JG, Frederickson HL, Wilkins – Haug L. Cuidado prenatal amplio. Secretos de la ginecoobstetricia, 2° Edición, Mc Graw – Hill. México. 1999. p.182-91.
5. Goberna TJ, García RP, Chávez LM. Evaluación de la calidad de la atención prenatal, atención primaria. 1996; 18 (2):75-8.
6. Zarate M, Rubinstein A, Terrasa S. Seguimientos del embarazo normal. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 2001. p. 499-510.
7. González GA, Núñez ME, Ablanado J. Atención prenatal ginecología y obstetricia. No 3 del IMSS. 3° Edición. Editorial Méndez. México.1998.p.85-101.

8. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, Secretaria de Salud, México 1993.
9. Pernoll ML, Dechemey AH, Taylor CM. Embarazo normal y cuidados prenatales. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 7° Edición. Manual Moderno. México. 2000. p. 217-40.
10. Ribas J, Sanchez RJ, Vanrell JA. Exploración de la embarazada. Métodos de diagnóstico. 3° Edición. Editorial Salvat. Barcelona. España 1988. p. 166-97.
11. Control prenatal. (citado en 2003 Mayo 23): (1 pantalla). Disponible en :
URL:
<http://www.escuela.med.pueel/paginas/departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/controlprenatal.html>
12. Hernández VM, Carrillo PA. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnósticos de hiperglucemia. Ginecología y obstetricia de México. 2002; 70: 592 -96.
13. Stanley GC, Jonh RN. Embarazo Normal. Manual de obstetricia y ginecología. 11° Edición. Manual Moderno. México. 1991. p. 12-26.
14. Pereira, Lira PJ, Ahued AR. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70:270-74.
15. Marín GH, Faizo P, Rubbo S. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. Aten Primaria. 2002; 29 (3):158-63

16. Sánchez GR, Alvarez NR, Aroca CM. Control de calidad el seguimiento Del embarazo normal en atención primaria. 2001; 27 (8): 537-41.
17. Bailón E, Delgado A, Montoso R. Eficacia de la auditoria en la mejora de un programa de control del embarazo. Atención Primaria 1992; 9(2):85-8.
18. Martínez GL, Reyes ES. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 1996; 38: 341-51
19. Klein M. La afectividad de los cuidados de maternidad en medicina familiar. Una visión de las diferentes culturas y entornos. Clínicas de atención primaria. Interamericana Mc Graw – Hill. Madrid 1993; Vol. 3. p. 623-36.
20. Vega VG. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Pública Méx. 1993. 35(3); 283-87.
21. Valderrama VF. Control prenatal. (citado en 2003 Mayo 23): (1 pantalla). Disponible en : URL: <http://www.galenared.com/profesionales/reportajes/control prenatal.htm>
22. Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. Salud Pública Méx. 1993; 35(3):298 – 304.
23. Aguirre GH. Evolución y garantía de la calidad de la atención medica. Salud Pública. Méx. 1991; 33 (6); 623-29.
24. Ponce RE. Evaluación de la utilización de normas técnicas en una unidad de atención primaria. Rev. Fac Med. UNAM.1997; 40 (2):47-53.
25. Laguna CJ, Salinas OC. Mejoría de la calidad de los servicios médicos del departamento del distrito federal. Salud Pública Méx. 1990; 32(2):221-24.

26. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública. Méx. 1990; 32(2) 113-17.
27. Reerink E. Garantía de la calidad de la atención a la salud en los países bajos. Salud Pública Méx. 1990; 32(2):118-30.
28. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª edición. Medicina Familiar Mexicana. México 2000.p.141-49.
29. Romero MS, Quezada SC, López BM. Efecto de riesgo en el hijo de madre con edad avanzada (estudio de casos y controles). Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70; 295-302.
30. Mazariegos CM, Moreno GJ, Vera HH. Manifestaciones y complicaciones en el binomio embarazo – salud bucal (primera de dos partes) Epidemiología. Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud. México 2003; 14(20): 1-2.
31. Batalla MC, Zurro AM, Cano PJ. Atención primaria. 5º edición. España. 2003 Vol. 1. p. 703-23.
32. Ruelas BE. Transiciones indispensables: Salud pública Méx.1990, 32 (2):108-9.
33. Ruiz CM. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública Méx.1990; 32(2): 156-69.
34. Declaración de Sevilla.1ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Mayo de 2002.

35. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Med Méx. 2001; 137(4): 387 -390.
36. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud, México. 1987.
37. Morato Navarro G, García-Calvente MM. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 2; 13-23.
38. Batalla, Zurro AM, Cano PJ. Atención primaria. 5° edición. España. 2003 Vol. 1. p. 703-23.
39. Baena Camús L. Evaluación de enfermedades durante el embarazo. Aten Primaria, 1992; 10:726-9.
40. Genaro Vega S. Riesgo obstétrico. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2002.
41. Fraifer González. Eficacia del control prenatal en mujeres embarazadas de bajo riesgo. 2001; 27:537-41.
42. Minsa Rodríguez. Evaluación del control prenatal. Aten Primaria. 2004; 24: 66-84.
43. García Medina. Satisfacción de las mujeres en el control prenatal. Medicina de Familia. 2000; 1: 37-59.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 20.
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

FOLIO

ANEXO 1

Instrumento de evaluación

Nombre: _____ No de expediente: _____

Edad: _____ sdg _____

1. ¿Se realizó la Historia Clínica completa desde la primera consulta? 0) Sí 1) No
2. ¿En que semana del embarazo recibió la primera consulta prenatal? _____
3. ¿Se midió el fondo uterino a partir de la semana 12 del embarazo?
4. 1.-Si, 2.-No. 3.-No valorable en este momento.
5. ¿Se escucho la FCF a partir de la semana 20? 1.-Si, 2.-No. 3.-No valorable en este momento.
6. ¿Se midió el peso? 1.-Si, 2.-No.
7. ¿Se midió la talla? 1.-Si, 2.-No.
8. ¿Se midió la TA en todas las consultas prenatales? 1.-Si, 2.-No.
9. ¿En que semana de gestación se realizó el primer examen general de orina? _____
10. ¿Se realizó determinación de grupo sanguíneo en la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
11. ¿Se realizó Biometría Hemática completa en la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
12. ¿Se realizó química sanguínea en la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
13. ¿Se realizó VDRL en la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
14. ¿Se aplicó toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
15. ¿Se administró Hierro oral desde la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
16. ¿Se administró Acido fólico desde la primera consulta prenatal? 1.-Si, 2.-No.
17. ¿Se registró en las notas de atención prenatal el diagnóstico final en semanas?
18. 1.-Si, 2.-No.
19. ¿Se registró en diagnóstico en semanas de gestación?
20. ¿Se registró el riesgo obstétrico desde la primera consulta prenatal? 1) Sí 2) No

Sgd: semanas de gestación TA tensión arterial V.D.R.L. verereal disease reserach laboratory
EMI enfermera materno infantil.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA
LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:
APLICACIÓN DE LA NORMA TECNICA DE EMBARAZO POR EL MEDICO FAMILIAR.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: SABER SI SE ESTA APLICANDO LA NORMA TECNICA EN EL CONTROL DE EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #20 VALLEJO.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO CON RESPUESTAS DE OPCION MULTIPLE**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES: **TENER LOS RESULTADOS A DISPOSICION DEL PERSONAL MEDICO PARA SABER QUE ACCIONES DE LA NORMA TECNICA DE EMBARAZO QUE SE DEBEN DE LLEVAR A CABO NO SE ESTAN REALIZANDO.**

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIENTE SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NUMERO TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO: 017282877987 O 56862413.

TESTIGOS

CLAVE 2810-009-013