



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

“FACTORES ASOCIADOS A PATRONES DE
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
PRENATAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
MARINA LAURA MARTÍNEZ MORGADO

TUTOR:
DRA. MARÍA LUISA PERALTA PEDRERO.

ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA.



MÉXICO D. F.

GENERACIÓN 2006-2009



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.

Vo. Bo.

TUTORA

DRA. MARÍA LUISA PERALTA PEDRERO

INVESTIGADORA EPIDEMIOLÓGICA Y DE SERVICIOS MÉDICOS.
EN COORDINACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y MAESTRA EN CIENCIAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

A MI FAMILIA:

CUANTAS VECES ME HAS DADO FUERZA TÚ
PARA SUPERAR LOS CONFLICTOS QUE SURGÍAN:
TE PIDO QUE HAGAS LO MISMO
CUANDO NECESITES APOYO
PARA ATRAVESAR ALGUNA TORMENTA,
ACUDE A MI Y TODO SALDRÁ BIEN.

MAMERTO MENAPACE.

GRACIAS POR NUESTRA UNIÓN INCONDICIONAL, AMOR, APOYO EN
TODO MOMENTO Y VALORES QUE FUNDARON EN MÍ PARA
CONTINUAR CON MIS METAS Y CONCLUIRLAS.

MAMÁ JULIA

ALMITA

SONIA

ROBERTO

ARACELI

VICTORIA

JOSÉ

y

JUDITH

CON AMOR:

IN MEMORIA DE MI PADRE Y MENTOR:

DR. JOSÉ GUADALUPE MARTÍNEZ MÁRQUEZ.

TÚ PRESENCIA EN MÍ VIDA ES UNA DE LAS COSAS
MÁS IMPORTANTES QUE ME HAN OCURRIDO.

EN TODO MOMENTO ESTÁS A MI LADO,
ACOMPAÑÁNDOME, AYUDÁNDOME.

NUNCA ESTARÁ SÓLO
QUIEN OCUPA UN LUGAR EN OTRO CORAZÓN.

ALEJANDRO P. GUTIERRÉZ.

A DIOS:

Por ser la fuerza interna que me guía
y fortalece en todo lo que emprendo.

Aby, Israel, Pepe, Ximena y Aarón:

A su inocencia, amor y por lo momentos
inolvidables juntos. Los amo.

A mí Abuelita María:

Gracias por la experiencia transmitida,
el gran amor y apoyo que brinda siempre.

A mis amigos entrañables:

Francisco, Karina, Rosario, Mine, Erica, Sarita.

Por los momentos emotivos
y la gran amistad que nos guía.

Al gran amor de mi vida...

Por todo el tiempo compartido juntos.

A mis amigas "Pachis":

Gracias por conocer a los hermosos seres humanos que llevan dentro y convivir juntas en la especialidad.

Amigos de residencia:

Maribel, Carlos, Sheyla, Luis Miguel.

A mis Profesoras:

Por el gran apoyo en la culminación de la tesis y por el legado de conocimientos transmitidos, gracias.
Dra. Santa, Dra. Vicky, Dra. Carmen, Lolita y Rosi.

**En tus dificultades recuerda
Cuantas situaciones similares
hemos compartido y como las superamos
Sentirás que esa fortaleza
te da ánimo para seguir adelante.**

Johann W. Von Poethe.

**FACTORES ASOCIADOS A PATRONES DE UTILIZACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE

I.- ANTECEDENTES	1
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
III.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
IV.-JUSTIFICACIÓN	10
V.-HIPÓTESIS	11
VI.-METODOLOGIA	12
VII.-ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
VIII.-DISCUSIÓN	32
IX.-CONCLUSIONES	35
X.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	37
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
XII.- ANEXOS	41

FACTORES ASOCIADOS A PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

Martínez-Morgado Marina Laura¹, Peralta-Pedrero María Luisa Aguirre-García MC.³, Vega-Mendoza S.³

¹, Medico Residente Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF 20 IMSS.

²Medico familiar e investigadora Epidemiológica en Servicios Médicos IMSS:

³ Profesor Titular y Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 20 IMSS.

Introducción: La detección del riesgo obstétrico en la consulta de medicina familiar (MF) y materno infantil (EMI) constituye, una estrategia básica para optimizar los recursos y mejorar la calidad de la atención médica. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a patrones de utilización de los servicios de atención prenatal en una unidad de medicina familiar. **Metodología:** Estudio longitudinal prospectivo de diciembre 2007 a febrero 2008 en 106 pacientes embarazadas de 34 semanas que acudieron a control prenatal de MF y EMI en UMF 20, con riesgo obstétrico bajo e intermedio. Previo consentimiento se aplicó cuestionario ex profeso y revisión de expediente, registrando: perfil sociodemográfico, antecedentes obstétricos, perfil preeclámptico, perfil laboral, y terminación de la gestación. El análisis estadístico fue con proporciones, medidas de tendencia central, dispersión, IC95% y razón de momios.

Resultados: Predomino riesgo bajo en 67.9% atendidas en EMI (32.1%) y riesgo medio 32.1% con atención en EMI 17% y MF 25.49%, rango de edad de 17 a 40, casadas 62%, secundaria 32.1%, actividad laboral en 49%, perfil preeclámptico: edad 17 años (4%) y 36 años (6 %); antecedente familiar 12.5%; primigestas 27.5%; multiparidad 2.8%, preeclampsia previa 5.6%. Esposos con pareja previa con preeclampsia 0.1%, primipaternidad 7.5%; perfil laboral: carga leve 37%, estrés laboral 50 %, turno mixto 81%; Jornada 9 a 10 horas 50%, el factor asociado al patrón de utilización fue por riesgo obstétrico medio y bajo en MF/EMI es 5 veces más (IC95% 1.63-15.99) $p < 0.005$

Conclusiones: El riesgo obstétrico determina el patrón de utilización de atención prenatal.

Palabras clave: Patrón de Utilización, Atención prenatal, Médico familiar, Enfermera Materno Infantil, Riesgo Obstétrico.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La detección del riesgo obstétrico constituye una estrategia básica que ha posibilitado la mejora de la salud perinatal, sin embargo la utilización de los servicios de salud no es la adecuada para la atención prenatal sino enfocándose en capturar soluciones, describir estructura y mecanismos que puede traducirse en una mayor utilización hacia la mejora de la mortalidad materno-infantil.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores asociados al patrón de utilización del servicio de atención materno-infantil para atención prenatal en una Unidad de Medicina Familiar?

I.- ANTECEDENTES

La atención materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, teniendo como principales objetivos la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo y el diagnóstico oportuno así como la atención adecuada de estas, es importante realizar una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación. (1)

Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos. El embarazo, el parto y el puerperio no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de países industrializados a principios del siglo XX y sobre el que se pide en la Conferencia Sanitaria Panamericana con miras a la Organización Panamericana de la Salud. (2)

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso: modelo epidemiológico, psicosocial, sociológico y económico (3), teniendo como características para un buen patrón lo siguiente:

- Los patrones son un punto de partida, no un destino.
- Resuelve un problema: Los patrones capturan soluciones, no principios o estrategias abstractas.
- Es un concepto probado: Capturan soluciones, no teorías o especulaciones.
- La solución no es obvia: Los mejores patrones generan una solución a un problema indirectamente (un enfoque necesario para los problemas de diseño más difíciles).

- Describe una relación: Los patrones no describen módulos sino estructuras y mecanismos.
- Tiene un componente humano significativo. Los mejores patrones aplican a la estética y a las utilidades (4)

Un índice de riesgo obstétrico es un instrumento clínico que nos permite, en función de las características de la gestante, predecir sus problemas futuros y, en consecuencia, decidir nuestro plan de cuidados. (5)

La detección y tratamiento del riesgo obstétrico constituye, según Wall una de las estrategias básicas que han posibilitado la mejora de la salud perinatal. En este aspecto es importante diferenciar la identificación y el tratamiento de este riesgo, realizada por los clínicos desde los tiempos hipocráticos y los sistemas formalizados de valoración (índices de riesgo obstétrico) que vienen usándose desde la década de los sesenta. (6)

J.M. Aranda y L. de la Revilla en su estudio de validez de los sistemas más usados de valoración de riesgo obstétrico uso una muestra aleatoria y representativa de embarazadas de Andalucía con los Índices de Nesbitt y Aubry (ASMI), Hobel, Coopland, RM y criterios de riesgo obstétrico Se comprueba la baja potencia predictiva de los índices estudiados para complicaciones durante la terminación del parto es baja y altos para el riesgo obstétrico alto y bajo. Los índices de Hobel, Coopland e IROM poseen una capacidad de predecir superior a los criterios de derivación, apreciándose filosofías distintas en la construcción de los sistemas existentes aplicables a la población. (7)

Una revisión extensa de la literatura indica que la búsqueda perinatal intensiva puede reducir en la mujer embarazada los factores de riesgo, mejorando como consecuencia los efectos adversos a la salud.

La evaluación del riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para identificar gestantes que tienen alto riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales. En Norteamérica se utiliza la escala de Morrison y Olson que demuestra un buen impacto en programas preventivos de cuidado prenatal. (8)

Las actividades básicas perinatales, con fundamento efectivo se resumen en 3 áreas generales.

1. análisis para la salud y condiciones socioeconómicas y de vida, que incrementan la posibilidad de detectar efectos adversos específicos
2. proveer de una intervención terapéutica para obtener beneficios.
3. Educar a la mujer embarazada acerca de planificar para el nacimiento, las emergencias durante el embarazo y las causas de muerte perinatal.

La atención prenatal primaria en la mujer embarazada, según la Organización Mundial para la Salud Europea; tiene como objetivos:

- Detección temprana factores de riesgo peri natal a nivel individual, durante el embarazo y los grupos vulnerables.
- Intervención de los factores prevenibles
- Toda la educación que promueva acerca de salud
- Llevar un embarazo y nacimiento hacia una experiencia positiva de vida.(5)

➤

En La 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana se dedujo que los resultados de investigaciones y la experiencia práctica han demostrado que intervenciones concretas como los cuidados obstétricos esenciales y la asistencia de parto por personal calificado pueden reducir la incidencia y la gravedad de la complicaciones importantes asociadas al embarazo, el parto y el puerperio para las madres y los recién nacidos. (2,14)

En México la salud reproductiva representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública, siendo uno de los principales programas prioritarios de atención primaria a la salud. Un enfoque actual de salud reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social con alta prioridad de actividades destinadas al cuidado de la salud materna. (15) La salud materna es una prioridad en el sector salud mexicano, se han establecido estrategias para la adecuada atención de la mujer en el embarazo y han creado mecanismos de evaluación y control de estas acciones. La Norma Oficial Mexicana OO7-SSA2-1995 establece que la mujer mexicana debe recibir su primera consulta por embarazo durante el primer trimestre y acudir por lo menos a siete consultas durante el mismo. (18)

La atención a la mujer embarazada durante el embarazo, El parto y el puerperio en el IMSS; debe ser impartida por personal médico y paramédico con calidad. La mujer embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 7 consultas de atención prenatal; las primeras de ellas preferentemente durante las 14 semanas de gestación. Las citas son programadas en forma mensual hasta la semana 35 y semanal a partir de la semana 36, con revisión periódica si existe complicación o evento fortuito. La terminación de la atención obstétrica es llevada a cabo en el hospital general de zona (HGZ), por personal especializado, y la consulta de vigilancia de puerperio Inmediato: en las primeras 24 hrs. dentro del HGZ. Termina la atención con dos consultas en medicina familiar en el puerperio inmediato: del 2do al 7mo día, y otra en el puerperio tardío: del 8vo al 42vo día. Durante este proceso de vigilancia a la mujer embarazada, es el médico familiar (MF) quien otorga la primera consulta prenatal, realiza actividades médico-preventivas, la clasificación del riesgo obstétrico con énfasis en la detección de factores de riesgo temprano, también es el responsable de la educación en la embarazada. Las subsecuentes atenciones pueden ser llevadas por la enfermera materno –infantil (EMI) y en segundo nivel.(16)

El programa materno infantil surge como una respuesta a la estructuración de un programa accesible a la población materno infantil en 1982 con un propósito eficiente, una visión de prevención e integralidad, con objetivos bien determinados: mejorar la calidad de atención; optimizar recursos e incrementar la cobertura de mujeres en etapa pre-gestacional, intergestacional, mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.

Esta basada en el reconocimiento ancestral de la época prehispánica que tenía la Tlmatquitciti: mujer sabia, partera, considerada sacerdotisa, con conocimientos en herbolaria, con funciones en beneficio de la salud y estabilidad de la familia. (13)

El perfil de la enfermera materno infantil debe contener cualidades como: enfermeras especialistas con curso teórico-práctico de 80 hrs., haber laborado en servicios de ginecoobstetricia y pediatría, tener facilidad de palabra, saber escuchar, habilidad para dar pláticas y facilidad para relacionarse. Su campo de acción principal es el primer nivel de atención, con funciones enfocadas a la identificación oportuna de factores de riesgo en la embarazada de bajo riesgo y el menor de 5 años, proporcionar educación personalizada y acorde con los riesgos identificados con un enfoque de auto cuidado de la salud y prevención. Su capacidad técnica y educativa constituye un elemento capaz de generar cambios en los patrones de conducta de los individuos en beneficio de su salud.

Las actividades de la EMI, permite identificar signos de alarma o riesgo en la embarazada de bajo riesgo a través de la interpretación de resultados de laboratorio, el monitoreo mensual del crecimiento uterino, peso, presión arterial, la búsqueda intencionada de edema y condiciones del feto fetal y el interrogatorio. Envío oportuno a los servicios de medicina preventiva y con el médico familiar. Favorecer la educación para la lactancia materna, cuidados durante el embarazo, orientación al momento del parto, alojamiento conjunto e importancia y conocimiento sobre los métodos de planificación familiar. (5,16)

La revisión sistemática de estudios de control sobre los factores de riesgo que pueden ser empleados para evaluar riesgo de preeclampsia en la primera consulta prenatal y planificar una vigilancia adecuada se mencionan los siguientes: historia de la enfermedad, edad, paridad, pre-eclampsia previa, familia con historia de preeclampsia, embarazo múltiple, condiciones médicas preexistentes como: diabetes insulina dependiente, hipertensión crónica, enfermedad renal, enfermedad auto inmune, síndrome antifosfolipidos, tiempo entre embarazos, exploración física : índice de masa corporal, presión sanguínea y proteinuria. (7, 10,11)

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria obstétrica es posible solo cuando los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad son conocidos y existe la posibilidad de manipular los determinantes involucradas en la etiología. En la preeclampsia aunque la invasión citotrofoblastica endovascular de las arterias espirales y la disfunción endotelial son elementos claves en la fisiopatología no se conoce que da lugar a estos eventos, por lo cual hasta el momento no hay forma de evitar que se produzca y la única forma de prevenir la preeclampsia es evitando el embarazo. Sin embargo, se han identificado un número importante de factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento algunos de los cuales podrían ser manipulados. (8,12)

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE PREECLAMPSIA

Duckitt K realizó una revisión sistemática sobre factores de riesgo que se pueden evaluar durante la primer consulta prenatal, la revisión incluyó MEDLINE (1966-2002) y EMBASE (1974-2002), estudios retrospectivos y prospectivos (de cohorte y de caso-control) incluidos de acuerdo a su calidad metodológica, se calcularon riesgos relativos no ajustados para cada factor de riesgo analizado. Obteniendo los siguientes resultados: (10)

FACTOR DE RIESGO		Riesgo Relativo	IC95%
En embarazos previos	Pre-eclampsia	7.2	5.9-8.8
	Anticuerpos antifosfolipidos	9.7	4.4-21.8
	Diabetes	3.4	2.5-5.0
	Obesidad	2.5	1.7-3.7
Embarazo actual	Obesidad	1.6	1.3-1.9
	>1 producto	2.9	2.0-4.2
	Primi-gesta	2.9	1.3-6.6
	> 40 años (multíparas)	2	1.3-2.9
	>80mmhg TAD	1.38	1.0-1.9
	Antecedente familiar de PE	3	1.7-5

La incidencia de pre-eclampsia a nivel internacional y nacional es similar, en pacientes sin factores de riesgo es de 3 al 8% y en pacientes con factores de riesgo es de 15-20%. México es responsable de más de un tercio del total de muertes maternas por esta causa.

El factor psicosocial en especial el estrés y la disfunción familiar han demostrado ser un factor de riesgo y el apoyo social un factor compensatorio de los efectos negativos del estrés en la gestante pueden deprimir su capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo para desarrollar preeclampsia y parto prematuro y puede aumentar la resistencia vascular, la resistencia a la insulina, y la producción de citocinas pro inflamatorias como la interleucina 6 que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia. (9, 22)

Las guías clínicas del embarazo del 2005 recomiendan: (19)

- Iniciar la atención prenatal idealmente en la consulta preconcepcional, cercano a fecha de amenorrea y durante el primer trimestre
- Prevenir, detectar y diagnosticar tempranamente factores de riesgo de manera integral en todos los casos
- Referencia oportuna y adecuada a segundo y tercer nivel de atención los casos que se requiera
- Abatir de manera oportuna el número de complicaciones prevenibles
- Estimular la educación para la salud en la embarazada
- Darles trato preferente y fomentar la cita de control
- Realizar pesquisa de embarazadas e incorporarlas a programa de control prenatal.

La Norma Técnica Mexicana para la vigilancia materna infantil señala las siguientes actividades a realizar por el personal para la atención de la salud durante la vigilancia prenatal son: (19,20)

- Elaboración de la historia clínica
- Medición y registro de peso y talla.
- Medición y registro de la presión arterial, obtenida con la paciente sentada
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Valoración de la biometría hemática, la glicemia, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y rh.
- Valoración de la prueba de VIH en mujeres de alto riesgo para SIDA.

En consultas subsecuentes:

- ◆ A las 18, 31 y 36 semanas de gestación: biometría hemática y examen general de orina
- ◆ Entre las 24 y 31 semanas de gestación: glucemia
- ◆ Ultrasonido de acuerdo al criterio médico
- ◆ Valoración del riesgo obstétrico en cada atención y su registro en la forma de vigilancia prenatal del expediente clínico.
- ◆ Criterios para la valoración del riesgo obstétrico, con calificación del riesgo en el embarazo.

- ◆ Aplicación del toxoide tetánico.
- ◆ Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- ◆ Prescripción de medicamentos solo por criterio médico, sin prescripción en las primeras 14 semanas de gestación.
- ◆ Las embarazadas de bajo riesgo serán referidas a la enfermera de atención materna infantil (EMI) para continuar su vigilancia y recibir la educación personalizada para el auto cuidado de su salud de acuerdo a los factores de riesgo detectados.
- ◆ Envió a trabajo social, dietología en todos los casos.
- ◆ Envió al servicio de odontología para la valoración de la salud bucal
- ◆ Promoción del autocuidado de la salud materno infantil:
- ◆ Identificación de signos y síntomas de alarma para preeclampsia, eclampsia, Orientación nutricional
- ◆ Hemorragia obstétrica, anemia, infecciones urinarias y cervicovaginitis.
- ◆ Ventajas de la lactancia materna exclusiva y del alojamiento conjunto.
- ◆ Ventajas de la aceptación de un método de planificación familiar en el postparto.
- ◆ Referir a las embarazadas de bajo riesgo, en el último mes del embarazo con la enfermera de control prenatal de hospitales (EPH) para continuar la vigilancia y la detección oportuna de complicaciones, y reforzar algunos aspectos educativos para el autocuidado de la salud en esta etapa.

Pese a los avances en el conocimiento y la tecnología médica, el acceso a la atención de la salud continúa marcado por profundas desigualdades entre países y en un mismo país. A las inequidades en el acceso económico, geográfico y cultural se han sumado las creadas por políticas recientes de reforma del sector que han promovido esquemas de financiamiento privatizador y regresivo. Tales políticas, además de restringir el acceso a la atención, pueden imponer costos "empobrecedores" a aquellos que logran acceder, agudizando así inequidades existentes en las condiciones de vida. (19)

Además, la mayor utilización de servicios preventivos puede traducirse en una mayor exposición a la posibilidad de detección de síntomas y a la aparición de trastornos iatrogénicos que requieran una subsecuente utilización.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al patrón de utilización de la atención prenatal (EMI y MF) en la unidad de medicina familiar No. 20

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Clasificar por riesgo obstétrico, con base en las Guías de Práctica Clínica, las pacientes embarazadas de 34 SDG que acudan a atención prenatal (EMI Y MF) en una UMF de diciembre de 2007 a febrero 2008.
- ❖ Identificar las acciones llevadas en la atención prenatal, la proporción de pacientes embarazadas de 34 SDG que recibieron ácido fólico y fumarato ferroso, toxoide tetánico, atención prenatal adecuada.
- ❖ Identificar el perfil sociodemográfico (edad, estado civil, escolaridad, actividad laboral) de las pacientes que acuden a control prenatal en los servicios de EMI y MF.
- ❖ Identificar el perfil de la actividad laboral (tiempo de jornada, giro laboral, puesto desempeñado, percepción de stress laboral) remunerada de las mujeres trabajadoras embarazadas.
- ❖ Identificar el perfil preeclámptico edad de riesgo, antecedentes familiares preeclampsia, antecedentes ginecobstétricos de riesgo primigesta o multigesta, antecedente de preeclampsia en embarazo anterior peso antes del embarazo, características de la pareja, carga y estrés laboral.
- ❖ Comparar el resultado obstétrico de pacientes que acudieron a control prenatal en Medicina Familiar con aquellas que acudieron a control al servicio Materno infantil (vía de resolución del embarazo, SDG al momento de la interrupción del embarazo, peso del producto, apgar y complicaciones...)

IV.- JUSTIFICACIÓN.

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria. Todas estas variables hacen la atención de la salud es uno de los determinantes importante para las mujeres, su acceso está empobrecido por políticas económicas, geográficas, culturales y reformas financieras privadas en el sector salud, dando un ineficiente patrón de utilización de los servicios de salud.

El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos aun así, hasta nuestros días la muerte materna es evitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz, y que la inversión en maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para la mujeres, sus familias y las comunidades.

En el presente estudió se evaluó los factores asociados más frecuentes en la para la utilización de los servicios en la atención materna y perinatal, en búsqueda acciones preventivas específicas para disminuir el riesgo obstétrico.

V.- HIPÓTESIS.

H1: si existen factores sociodemográficos, ginecobstétricos, laborales, y de riesgo obstétrico asociados para un adecuado patrón de utilización de los servicios (EMI y MF) en la atención perinatal.

Ho: no existen factores sociodemográficos, ginecobstétricos, laborales, y de riesgo obstétrico asociados para un adecuado patrón de utilización de los servicios (EMI y MF) en la atención perinatal.

VI.- MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO.

Tipo de estudio

<i>Por el control de la maniobra experimental por el investigador:</i>	Comparativo.
Por la dirección del análisis:	Transversal
Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras	Abierto.

SITIO DE ESTUDIO

LUGAR: Unidad de Medicina Familiar número 20, ubicada en Calzada Vallejo # 675, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, CP 07700, México Distrito Federal, Delegación Noroeste, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social; Cuenta con 31 consultorios de atención de primer nivel en turno matutino y vespertino y 2 consultorios de atención Materno-Infantil en horario matutino y vespertino, registro de embarazadas 2452 en el 2007.

TIEMPO diciembre 2007 a febrero 2008

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Características del grupo de estudio:	Mujeres embarazadas de 34 SDG y puérperas en control prenatal y postnatal en la UMF 20 con aplicación del cuestionario de patrón de utilización de los servicios de control prenatal.
---------------------------------------	---

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de 34 SDG que acudieron a control prenatal en una unidad de medicina familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que acudieron a control prenatal en medio particular o en otra unidad de medicina familiar

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con expediente extraviado, incompleto o ilegible

Pacientes con primera atención por su embarazo fue en segundo o tercer nivel y posteriormente fueron referidas a medicina familiar

Pacientes que no pudieron ser localizadas posparto para documentar resultado obstétrico.

TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos por conveniencia 106 embarazadas.

Se incluyeron todas las pacientes que acudieron a control prenatal a la UMF 20, de diciembre 2007 a febrero 2008.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Definición Operacional (DO): La utilización de los servicios por la población dependerán de la exposición de esta a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones

Tipo de Variable (TV) cualitativa.

Unidad de Medición (UM) nominal.

Escala de Medición (EM):

MEDICINA FAMILIAR: embarazada que utilizó sólo el servicios de consulta externa de medicina familiar con mas de 5 consultas.

ENFERMERA MATERNO INFANTIL: embarazada que utilizó el servicio de EMI y MF con 2 consultas previas de valoración clasificado como patrón Mixto con mas de 5 consultas de atención prenatal.

INADECUADO: embarazada que sólo acudió a menos de 5 consultas de atención prenatal.

ATENCIÓN PRENATAL O VIGILANCIA MATERNA:

Definición Conceptual (DC): Conjunto de acciones en secuencia de prevención, promoción de la salud y detección de la magnitud del riesgo obstétrico iniciadas lo más cercano a la fecha de amenorrea o diagnóstico de embarazo, tomará en cuenta el aspecto diagnóstico, terapéutico, preventivo y educativo como la ingesta de ácido fólico, sulfato o fumarato ferroso, aplicación del toxoide tetánico con esquema completo, refuerzo, dirigido al binomio madre-hijo bajo las siguientes características:

Definición Operacional (DO) se preguntará y evaluará el número de consultas clasificando como **ADECUADA:** aquella embarazada con 5 consultas de atención prenatal e **INADECUADA:** aquella embarazada con menos de 5 consultas de atención prenatal.

Tipo de Variable (TV) cualitativa

Escala de Medición (EM) nominal

Unidad de Medición (UM) adecuada e inadecuada

VARIABLES DEPENDIENTES:

FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO:

Definición Conceptual (DC): Condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre, el feto o el niño desarrollen enfermedad es el resultado de un número de características interactuantes

Biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, que reunidas confieren una condición particular, si están presentes en la

embarazada incrementan la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud de la madre y/ o el feto, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Definición Operacional (DO): se evaluará en base a la guía técnica en:

EMBARAZO DE RIESGO INTERMEDIO: cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales pueden ser controladas Con los recursos de primer nivel de atención, quedan bajo el cuidado del médico familiar.

Factores de riesgo a evaluar:

Edad menor de 17 y mayor de 34

Toxicomanías

Infección de vías urinarias recurrente

Cervicovaginitis recurrente

Anemia severa (menor de 9 gr. /Dl.)

Desnutrición

Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre

Embarazo de alto riesgo fetal

Obesidad (IMC mayor 25%)

Antecedente de: cuatro o más embarazos, productos prematuros, con bajo peso al nacer, producto macrosómico, muerte fetal, dos o más cesáreas, pérdida recurrente de la gestación, cirugías uterinas.

EMBARAZO DE BAJO RIESGO: aquel embarazo carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo. Reciben cuidado prenatal por parte de la enfermera materna infantil.

Embarazo de bajo riesgo: Mujer gestante con características y circunstancias presentes durante el embarazo que representan menor posibilidad de padecer uno o más daños a la salud de la madre y del feto, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Los factores de riesgo a evaluar son:

Hipertensión arterial

Diabetes mellitas

Otra enfermedad crónica sistémica no grave.

Hemorragia trasvaginal durante el tercer trimestre

Antecedente de: dos o más abortos, preeclampsia-eclampsia, malformaciones congénitas.

Tipo de Variable (TV) cualitativa

Escala de Medición (EM) NOMINAL

Unidad de Medición (UM) Riesgo obstétrico Intermedio y Riesgo Obstétrico Bajo.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

Características sociales y demográficas relacionadas con la población, sexo, edad, ocupación, nivel de escolaridad, ocupación.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

EDAD

Definición Conceptual (DC): Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha del estudio.

Definición Operacional (DO) se preguntara la edad en años cumplidos

Tipo de Variable (TV) cuantitativa

Escala de Medición (EM) de razón

Unidad de Medición (UM) años.

ESTADO CIVIL:

Definición Conceptual (DC): Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición Operacional (DO): soltera, casada, unión libre, divorciada.

Escala de medición: cualitativa nominal.

ESCOLARIDAD

Definición conceptual (DC): años cursados en la educación

Definición operacional (DO): sabe leer y escribir, primaria completa. Primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, carrera técnica, bachillerato y licenciatura.

Escala de medición: cualitativa nominal.

OCUPACION

Definición conceptual (DC): actividad que desempeña dentro de la sociedad.

Definición operacional (DO): trabajo remunerado y ama de casa

Escala de medición: cualitativa nominal.

PERFIL PREECLAMPTICO:

Todas aquellas condiciones obstétricas que pueden condicionar factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.

PRIMIGESTA

DC: mujer que cursa con su primer embarazo

DO: se preguntara el número de embarazos

EM: cuantitativa.

MULTIPARIDAD:

DC: mujer que ha tenido, mas de cinco embarazos.

DO: se preguntará el número de embarazos.

EM: cuantitativa.

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EM EL EMBARAZO ANTERIOR

DC: presencia de preeclampsia-eclampsia en el embarazo previo

DO: se preguntará si fue diagnosticada con PREECLAMPSIA-eclampsia en los embarazos previos

EM: cualitativa nominal dicotómica.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE PREECLAMPSIA:

DC: presencia de preeclampsia en línea ascendente o lateral familiar de la madre y el padre.

DO: se preguntará si algún familiar ha sido diagnosticado con preeclampsia. Si ó No.

EM: nominal dicotómica.

PESO ANTES DEL EMBARAZO:

Definición Conceptual (DC): peso en kilos antes de la fecha de última regla.

Definición Operacional (DO) se preguntara el peso

Tipo de Variable (TV) cualitativa ordinal

Escala de Medición (EM) normal, peso bajo, sobrepeso. Obesidad grado I, obesidad grado II, obesidad grado III.

PRIMIPATERNIDAD:

Definición Conceptual (DC): primer embarazo con el padre en embarazo previo con otra pareja.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente secundigesta.

Tipo de Variable (TV) cualitativa dicotómica.

Escala de Medición (EM): si y no

CARGA LABORAL:

Definición Conceptual (DC): posición anatómica y carga o arrastre de objetos durante su jornada laboral

Definición Operacional (DO) se preguntará características de jornada laboral.

Tipo de Variable (TV) cualitativa ordinal

Escala de Medición (EM): ligera, leve, moderada e intensa.

ESTRÉS LABORAL:

Definición Conceptual (DC): condicionantes en el ritmo de trabajo.

Definición Operacional (DO) se preguntara si existe estrés laboral

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal dicotómica.

Escala de Medición (EM) si y no.

PERFIL LABORAL:

Aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, el entorno laboral y la realización de la tarea, que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo, como la salud física, psíquica y social del trabajador y el desarrollo de su embarazo. (22)

TIEMPO DE LABORAR DURANTE EL EMBARAZO:

Definición Conceptual (DC): periodo con trabajo remunerado desde la concepción hasta la incapacidad por maternidad en la semana 34.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente cuanto tiempo trabajo durante el embarazo

Tipo de Variable (TV) cuantitativa de intervalo

Escala de Medición (EM): 1 a 3 meses, 3 a 6 meses, 7mo mes y 8vo mes.

PUESTO DE TRABAJO:

Definición Conceptual (DC); categoría profesional acorde a las actividades laborales.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente que puesto desempeña
Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal.

Escala de Medición (EM): servicios, ayudante general, profesional técnica y profesional

HORAS LABORABLES:

Definición Conceptual (DC); tiempo de actividad dentro de la jornada laboral.

Definición Operacional (DO) se preguntara a la paciente cuantas horas trabaja.
Tipo de Variable (TV) cuantitativa intervalo.

Escala de Medición (EM): 4 a 6 horas, 7 a 8, 9 a 10 y 11 y más horas laboradas.

TURNO LABORAL

Definición Conceptual (DC); turno laboral en el que desempeña su jornada,

Definición Operacional (DO) se preguntara que turno trabaja.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal.

Escala de Medición (EM): matutino, vespertino, mixto y nocturno.

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

NUMERO DE GESTAS

Definición Conceptual (DC); número de embarazos antes del embarazo actual.

Definición Operacional (DO) se preguntara el número de embarazos

Tipo de Variable (TV) cuantitativa de intervalo.

Escala de Medición (EM): 1 a 2 embarazos, 3 a 4 embarazos y 5 y más.

COMPLICACIONES EN EL PARTO PREVIO

Definición Conceptual (DC); presencia de patología en embarazo previo.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente cuales padecimientos se le habían diagnosticado en el embarazo anterior.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal politómica.

Escala de Medición (EM): distocia por uso de fórceps, distocia por otra complicación, desprendimiento de placenta, cesárea por preeclampsia y cesárea por distocia

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO PREVIO

Definición Conceptual (DC); tipo de terminación obstétrica del embarazo anterior.

Definición Operacional (DO) se preguntara a la paciente cómo termino su embarazo anterior.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal.

Escala de Medición (EM): aborto, óbito, nació vivo, cesárea por distocia

PERIODO INTERGENÉSICO

Definición Conceptual (DC): tiempo transcurrido entre el embarazo anterior y la fecha de su última regla.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente fecha de término de su embarazo anterior y la fecha de su última regla.

Tipo de Variable (TV) cualitativa intervalo.

Escala de Medición (EM): menos de 18 meses (corto) de 19 a 24 meses y de 24 y más meses.

TERMINACION OBSTETRICA DEL EMBARAZO

Resultados materno-infantiles (vía parto eutócico u abdominal o cesárea)

EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO

Definición Conceptual (DC): Edad gestacional desde la concepción hasta la terminación obstétrica.

Tipo de Variable (TV) cualitativa ordinal

Unidad de Medición (UM) de razón.

Escala de Medición (EM): prematuro, pretérmino, término, postérmino.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Definición Conceptual (DC): patología agregada al embarazo actual.

Definición Operacional (DO) se preguntara en paciente diagnóstico de alguna patología agregada a este embarazo.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal politómica.

Escala de Medición (EM): preeclampsia, hipertensión gestacional, cesárea por distocia, parto distócico, ruptura prematura de membranas, cesárea por cerclaje, cesárea por oligohidramnios.

SEXO DEL PRODUCTO

Definición Conceptual (DC): género del producto obtenido.

Definición Operacional (DO) con revisión en la nota de alta de ginecoobstetricia o expediente electrónico.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal dicotómica.

Escala de Medición (EM): Masculino y Femenino

TALLA DEL PRODUCTO

Definición Conceptual (DC): Medición en centímetros de la longitud el producto obtenido.

Definición Operacional (DO) con revisión en la nota de alta de ginecoobstetricia o expediente electrónico.

Tipo de Variable (TV) cuantitativa categórica.

Escala de Medición (EM): talla mínima- talla máxima media y desviación estándar.

APGAR

Definición Conceptual (DC): calificación otorgada al minuto y a los 5 minutos al nacimiento

Definición Operacional (DO) con revisión en la nota de alta de ginecoobstetricia o expediente electrónico.

Tipo de Variable (TV) cuantitativa numérica.

Escala de Medición (EM): calificación numérica del RN al nacimiento.

COMPLICACIONES DEL PRODUCTO

Definición Conceptual (DC): patología agregada en la terminación obstétrica del producto de la concepción.

Definición Operacional (DO): con revisión en la nota de alta de ginecoobstetricia o expediente electrónico.

Tipo de Variable (TV) cualitativa nominal politómica.

Escala de Medición (EM): hipoxia, prematurez, insuficiencia respiratoria, macrosomía, peso bajo, ictericia, caput, fractura craneana, luxación de cadera.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de diciembre 2007 a febrero 2008 en pacientes embarazadas de 34 semanas de gestación que acudieron a control prenatal de MF y EMI en la UMF 20, con riesgo obstétrico bajo e intermedio. Previo consentimiento se aplicó cuestionario elaborado ex profeso con base en factores de riesgo identificables mediante búsqueda de bibliográfica y con revisión de expediente electrónico, registrando: perfil sociodemográfico, antecedentes obstétricos, perfil preeclámptico, perfil laboral, y terminación de la gestación.

La descripción de las variables se realizó con proporciones, medidas de tendencia central, dispersión, IC95% y razón de momios.

RECURSOS HUMANOS FISICOS Y FINANCIEROS:

Recursos humanos: investigadora y asesor

Recursos físicos: Expediente clínico: físico o electrónico, lápiz, bolígrafo, tablas estadísticas, computadora, programa estadísticos, papel.

Recursos financieros: Autofinanciamiento del investigador

VII.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal comparativo en 106 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS estudiadas a la semana 34 de embarazo con el seguimiento en el puerperio mediato y tardío, encontrándose una media de 28 + 5.1 años y un rango de 17 a 40 años de edad.

La atención prenatal fue adecuada (mas de 5 consultas) en 85% (n=90). Se clasificaron como de bajo riesgo 68% (n=72) riesgo intermedio 32% (n=34). La utilización de los servicios de atención prenatal fue medicina familiar (MF) 51% (n=54) con riesgo obstétrico intermedio 50% (n=27), riesgo obstétrico bajo 50% (n=27). Las pacientes enviadas a la Enfermera materno Infantil (EMI) se utilizó en 34% (n=36), con riesgo bajo 83% (n=30), riesgo intermedio 17% (n=6). Las semanas de gestación de envío a EMI fue entre la semana 13 a 27 en el 42% y de la 28 a la 34 semanas el 33%.

(Cuadro 1).

Cuadro 1. PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	(%)
Atención prenatal adecuada	90	85
Atención prenatal inadecuada	16	15
RIESGO OBSTETRICO	n=106	
Riesgo obstétrico intermedio	34	32
Riesgo obstétrico bajo	72	68
PATRON DE UTILIZACION ADECUADO		
MF	n=54	
Riesgo intermedio	27	50
Riesgo bajo	27	50
EMI	n=36	
Riesgo intermedio	6	17
Riesgo bajo	30	83
SEMANAS DE ENVIO A EMI		
0-12 semanas	9	25
13 A 27 semanas	15	42
28 a 34 semanas	12	33

Fuente: Encuesta.

Las acciones de atención prenatal en las pacientes fue: todas recibieron prescripción de ácido fólico y fumarato ferroso. Se aplicó el toxoide tetánico, esquema completo en 44% (n=47), solo refuerzo 53% (n=56) y no se aplicó en 3 (3%).

La complicación del embarazo actual se presentó en 15% (n=16) las más comunes placenta previa 25%(n=4) y enfermedad general 25% (n=4). (**Cuadro 2**)

Cuadro 2. ACCIONES DE ATENCIÓN PRENATAL.

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA (n)</i>	<i>(%)</i>
INGESTA DE ACIDO FOLICO	106	100
INGESTA DE FUMARATO FERROSO		
Indicado por medico familiar	97	91.5
Indicado por emi	5	4.7
Indicado por medico particular	4	3.8
APLICACIÓN DE TOXOIDE TETANICO		
esquema completo	47	44
Refuerzo	56	53
no aplicación	3	3
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL		
Si	16	15
No	90	85
Tipo de complicación	N= 16	
Preeclampsia	3	19
diabetes gestacional	1	6
incompetencia istmico cervical	1	6
placenta previa	4	25
desprendimiento de placenta	1	6
enfermedad general	4	25
incompatibilidad a grupo y rh	1	6
Oligohidramnios	1	7

Fuente: encuesta

El perfil sociodemográfico que prevaleció fue: rango de edad de 26-30 años 41% (n=43) y de 21-25 años 28% (n=30), estado civil casada con 61% (n=65) y unión libre con 21% (n=22), escolaridad secundaria completa con 32% (n=34) y bachillerato 28%(n=29) , ocupación con trabajo remunerado en 49% (n=52) y amas de casa 51% (n= 54). (Cuadro 3).

Cuadro 3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ASOCIADO AL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
EDAD		
15-20	10	9.
21- 25	30	28
26-30	43	41
31-35	17	16
36-40	6	6
ESTADO CIVIL		
Soltera	17	16
Casada	65	61
unión libre	22	21
Divorciada	2	2
ESCOLARIDAD		
sabe leer y escribir	3	3
primaria completa	6	5
primaria incompleta	1	1
secundaria incompleta	2	2
secundaria completa	34	32
carrera técnica	9	8
Licenciatura	22	21
Bachillerato	29	28
OCUPACION		
trabajo durante el embarazo	52	49
ama de casa	54	51

Fuente: Encuesta.

El perfil preeclámptico encontrado fue: edad de riesgo menor de 18 años con 45% (n= 5), de 36 y más años con 55%(n=6), antecedente familiar de preeclampsia en 12% (n=13), primigesta con 91% (n=29), multiparidad con 5 gestaciones o más con 9% (n=3), antecedente de preeclampsia en embarazo anterior y presentación de la misma en el 3er trimestre en 6% (n=6) , peso normal en 42% (n=45) y sobrepeso en 32% (n=34), carga laboral leve en 37% (n=19) , estrés laboral estuvo en 60% (n=31).

Las características del padre encontradas fue rango de edad de 20 a 60 años con una media de 31 años \pm 6.8, primipaternidad en 8% (n= 8) y solo se encontró 1 embarazada con antecedente de pareja previa con preeclampsia representa 1%. **(Cuadro 4)**

Cuadro 4. PERFIL PREECLAMPTICO ASOCIADO AL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA (n)</i>	<i>%</i>
Edad de riesgo	n= 11	
18 Y MENOS AÑOS	5	45
36 Y MAS AÑOS	6	55
Antecedentes familiares de preclampsia	n= 106	
SI	13	12
NO	93	88
AGO	n= 32	
Primigestas	29	91
Multigesta (5 gestas ó mas)	3	9
Antecedente de preeclampsia en embarazo anterior (tercer trimestre)	6	6
Peso antes del embarazo		
Normal	45	42
Peso bajo	2	2
Sobrepeso	34	32
Obesidad grado I	18	17
Obesidad grado II	6	6
Obesidad grado III	1	1
Atención prenatal adecuada		
SI	90	85
NO	16	15

Fuente: encuesta

Cuadro 4. (CONTINUACIÓN) PERFIL PREECLAMPTICO ASOCIADO AL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	%
Características de la pareja		
edad del padre	Media 30.67 DE \pm 6.74	20- 60
Primipaternidad		
Si	8	8
No	98	92
Pareja previa con preeclampsia		
Si	1	1
No	105	99
Características laborales	N= 52	
Carga laboral		
Ligera	15	29
Leve	19	37
Moderada	8	15
Intensa	10	19
Stress laboral	N=52	
Si	31	60
No	21	40

El perfil laboral encontrado en 100% (n= 52) de las pacientes trabajadoras fue: el puesto de ayudante general en 54% (n=28) el tiempo de suspensión laboral durante el embarazo fue en el séptimo mes en 63% (n= 33), las horas laborables fueron de 9 -10 horas en el 50% (n= 26) con turno laboral mixto un 81% (n=42). (Cuadro 5)

Cuadro 5. PERFIL LABORAL DEL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.

<i>PERFIL LABORAL</i>	<i>FRECUENCIA (52)</i>	<i>%</i>
Tiempo de laborar durante el embarazo		
1 a 3 meses	4	8
3 a 6 meses	10	19
7mo mes	33	63
8vo mes	5	10
Puesto de trabajo		
Servicios	6	12
ayudante general	28	54
profesional técnica	11	21
Profesional	7	13
Horas laborales		
4 a 6 hrs.	6	11
7 a 8 hrs.	16	31
9 a 10 hrs.	26	50
11 y mas	4	8
Turno laboral		
Matutino	6	11
Vespertino	2	4
Mixto	42	81
Nocturno	2	4

Fuente: Encuesta

Los antecedentes ginecobstétricos encontrados fueron número de gestas 1-2 embarazos con 68% (n=72). Las complicaciones en partos previos encontrados distocia por otra complicación 11 % (n= 12) y cesárea por distocia con un 7% (n= 8). El antecedente de terminación de embarazo previo con producto vivo en 57% (n=60), periodo intergenésico largo con un 49% (n=52) y con periodo intergenésico corto de menos de 18 meses con un 15% (n=15). (Cuadro 6).

Cuadro 6. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS ASOCIADOS PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL.

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA (n)</i>	<i>%</i>
NUMERO DE GESTAS		
1 a 2 embarazos	72	68
3 a 4 embarazos	31	29
5 embarazos y más	3	3
COMPLICACIONES EN PARTO PREVIO		
distocia por uso de fórceps	2	2
distocia por otra complicación	12	11
desprendimiento de placenta	1	1
cesárea por preeclampsia	1	1
cesárea por distocia	8	7
no aplica **	40	38
sin complicación***	42	40
TERMINACION DE EMBARAZO PREVIO		
Aborto	15	14
fue óbito	1	1
nació vivo	60	57
cesárea por distocia	30	28
PERIODO INTERGENESICO		
menos de 18 meses (corto)	15	15
19 a 24 meses	10	9
24 y mas	52	49
‡ no aplica	29	29

Fuente: Encuesta

** Se refiere a los embarazos de segunda a sexta gesta con aborto previo o sin producto.

*** embarazadas con parto eutócico.

‡ Pacientes primigestas.

La terminación del embarazo fue de término 85% (n= 90), embarazo pretérmino con 12% (n= 13), posttérmino con 1% (n= 1), prematuro con 2% (n= 2). El sexo del producto predominó masculino en 60% (n= 64), el peso del producto fue normal con un 80% (n= 85), con peso alto 15% (n= 16). La talla media fue 49 ± 2.45 cm. (rango 38-57). El apgar tuvo una media de 8/8 + 6.7. Del total de la muestra se presentaron 30 embarazos que se complicaron durante el parto. Las complicaciones del producto más comunes fueron hipoxia 33% (n= 10), insuficiencia respiratoria con 20% (n= 6), prematuridad en 13.3% (n= 4), macrosomía en un 13.3% (n=4). Las terminación del parto fue por parto eutócico 52% (n= 55), cesárea por distocia con 24% (n=26), parto distócico 10% (n=11) con pre-eclampsia 6% (n= 6), ruptura prematura de membranas 4% (n= 4), estado hipertensivo asociado al embarazo 2% (n= 2), cesárea por cerclaje 0.9% (n= 1), cesárea por oligohidramnios 1% (n=1). (Cuadro 7)

Cuadro 7. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL CON ATENCIÓN PRENATAL.

<i>VARIABLE</i>	<i>FRECUENCIA (n)</i>	<i>%</i>
EDAD DEL PRODUCTO OBTENIDO		
Prematuro	2	2
Pretérmino	13	12
Término	90	85
Posttérmino	1	1
ENFERMEDADES CONCOMITANTES		
Preeclampsia	6	6
Estado hipertensivo asociado al embarazo	2	2
TERMINACION DEL EMBARAZO		
Parto eutócico	55	51.2
Cesárea por distocia	26	24
Parto distócico	11	10
Ruptura prematura de membranas	4	4
Cesárea por cerclaje	1	1
Cesárea por oligohidramnios	1	1
SEXO PRODUCTO		
Femenino	42	40
Masculino	64	60

Cuadro 7. (CONTINUACION) TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL CON ATENCIÓN PRENATAL.

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	%
TALLA PRODUCTO (media+DS) (mínima-máxima)	(49 ± 2.5)	(38 -57)
PESO PRODUCTO		
Normal	85	80
bajo	5	5
alto	16	15
APGAR (media+DS) (mínima-máxima) **	(88.4 ± 6.7)	(5/8-9/9)
COMPLICACIONES DEL PRODUCTO		
hipoxia	10	33
prematurez	4	14
insuficiencia respiratoria	6	20
macrosomía	4	14
peso bajo	1	3
ictericia	2	7
caput	1	3
fractura craneana	1	3
luxación de cadera	1	3

Fuente: Encuesta

** Inicialmente cuantitativa con media y desviación estándar y posteriormente en intervalo apgar mínimo - apgar máximo

FACTORES ASOCIADOS

La relación entre el patrón de utilización del servicio Enfermera Materno-Infantil/ en embarazadas de riesgo obstétrico bajo aumenta 5 veces IC 95% (1.63- 15.99) la utilización del servicio. (Cuadro 8A)

La relación entre el patrón de utilización del servicio Medico familiar con embarazadas de riesgo obstétrico intermedio aumentan 5 la utilización del servicio IC 95% (1.63- 15.99). (Cuadro 8B)

Cuadro 8 ASOCIACIÓN DEL PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL CON RIESGO OBSTÉTRICO.

PATRON	RIESGO	OBSTETRICO	TOTAL
	INTERMEDIO	BAJO	
MF	27	27	54
EMI	6	30	36
TOTAL	33	57	90 *

Fuente: crosstabulation encuesta

* El total de pacientes fue 106, no se incluyeron en el análisis 16 pacientes con patrón de utilización inadecuado.

Cuadro 8A. Relación del patrón de utilización de los servicios de atención prenatal en Medicina Familiar con el riesgo obstétrico

FACTOR	RM	IC 95%	P < 0.05
RIESGO BAJO/intermedio	0.2	0.06-0.61	P=0.001
RIESGO intermedio /bajo	5.0	1.63-15.99	P= 0.001

Fuente: encuesta

Cuadro 8B. Relación del patrón de utilización de los servicios de atención prenatal en Enfermera Materno- Infantil con el riesgo obstétrico

FACTOR	RM	IC 95%	P < 0.05
RIESGO BAJO	5.0	1.63-15.	P=0.001
RIESGO INTERMEDIO	0.2	0.06-0.61	P= 0.001

Fuente: encuesta

VIII.- DISCUSIÓN

En nuestro estudio al seguir el curso del embarazo en la semana 34 hasta el puerperio se encontró que el factor asociado a los patrones de utilización en la atención prenatal fue el riesgo obstétrico, para el servicio de medicina familiar se asocio el embarazo de riesgo intermedio (50%) y para el servicio de materno infantil el riesgo bajo (64%).

Herrera en un cohorte de 565 primigrávidas, en el 2002 en mujeres grávidas asiáticas con 3 evaluaciones periódicas del riesgo biopsicosocial en la semana 14-27, 28-32 y 33-42 encuentra una asociación del riesgo biopsicosocial y la predicción de las complicaciones maternas y perinatales, obtuvieron complicaciones obstétricas: recién nacidos de bajo peso 10.1%, muertes perinatales con 7.3% y con un valor predictivo en la semana 33-42 para las complicaciones obstétricas, bajo peso y parto prematuro con una sensibilidad del 88%. Menciona que la evaluación de riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para identificar gestantes con riesgos de presentar complicaciones maternas y perinatales así como para determinar el patrón de utilización de los servicios de atención prenatal⁶. El instrumento fue similar que el utilizado en nuestro estudio, a pesar de las diferencias sociodemográficas, culturales, étnicas y nutricionales entre los dos países. Encontramos que el riesgo obstétrico fue el único factor asociado con relevancia estadística, determinando la utilización de los servicios de atención prenatal en la unidad de primer nivel de atención sin embargo no asociado a las complicaciones de resolución del embarazo.

Al respecto Salinas M y Garza E. en un estudio descriptivo observaron a 288 pacientes con evento obstétrico cuyo objetivo fue determinar el patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto hasta al puerperio inmediato de 4 unidades de primer y segundo nivel de atención. Se incluyeron la atención tanto por MF y EMI en 2do nivel para la atención por Gineco-obstetricia, los estudios más frecuentes realizados, las referencias a servicios de la unidad, la atención de parto o resolución obstétrica vía cesárea y el número de consultas durante el puerperio. Encontraron que tanto las mujeres con resolución por parto o cesárea del embarazo presentaron por lo menos 6.2 consultas prenatales, el uso de laboratorio y servicio de la unidad (estomatología, dental y Trabajo social) fue de 1.4, escasa utilización del servicio en el puerperio mediano⁴.

Similar a nuestro estudio encontramos el número de 5 y más consultas en 75% de las pacientes considerando un control adecuada desde el inicio de la atención hasta la semana 34 de gestación. Realizándoles sus medidas preventivas de otorgamiento del ácido fólico 100%, fumarato ferroso más del 90%, y 97% con esquema de toxoide tetánico; de la utilización de los servicios en el puerperio fue del 72%. La resolución fue más de la mitad en partos y el resto por cesárea en el segundo nivel.

Así mismo JM. Aranda y L. de la Revilla en su estudio de validez de los sistemas más usados de valoración de riesgo obstétrico en una muestra aleatoria y representativa de 1852 embarazadas de Andalucía con los Índices de Nesbitt y Aubry (ASMI), Hobel, Coopland, IROM y criterios de riesgo obstétrico concluyeron que el valor predictivo para complicaciones durante la terminación de parto es bajo. Sin embargo de acuerdo a los métodos utilizados en su población para la valoración del riesgo obstétrico el 56.7% tuvo un riesgo bajo y el 43.3% un riesgo alto que amerita el manejo especializado en segundo nivel.⁷

En comparación lo reportado en cuento a la prevalencia de riesgo obstétrico en nuestra población fue mayor el bajo riesgo 68% e intermedio de 32% que ameritan manejo en el primer nivel de atención, sugerimos esto se deba a las diferentes características de la población española al compararla con la mexicana o bien a que los criterios de evaluación de riesgo obstétrico son diferentes en nuestro medio.

La Norma Oficial Mexicana SSA No. 007¹⁸; Trejo y Pérez¹⁹ En las guías de atención prenatal concluyen que la mayoría de los factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser detectados durante la atención prenatal y muchos de ellos pueden ser prevenibles o modificables al disminuir el riesgo con un diagnóstico y acción terapéutica oportuna modificando de esta manera los resultados indeseables. La identificación y calificación de factores de riesgo dentro del IMSS es parámetro determinante para enviar al servicio Enfermería Materno Infantil. Concordamos que la clasificación del riesgo obstétrico valorado en medicina familiar y en nuestro estudio es coincidente, sin embargo todavía los médicos al determinar este riesgo se tiene el 50% de paciente no enviadas a EMI cuando tienen bajo riesgo o hasta un 17% enviadas con riesgo intermedio y que no deberían llevar su control en este servicio.

En la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana evaluaron las estrategias para reducción de la mortalidad y morbilidad maternas concluyendo que los patrones de utilización de los servicios de control prenatal en la atención médica depende de los factores de riesgo de la población con la consecuencia de padecer la enfermedad, que con los cuidados obstétricos esenciales y la asistencia del parto por personal calificado puede reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones importantes asociadas al embarazo, parto y puerperio para las madres y los recién nacidos, siendo indicadores propuestos para medir el desempeño y la calidad de los servicios de atención materna y una meta de llevar a cabo una maternidad sin riesgo. Así en América Latina y el Caribe mujeres en control prenatal presentan un alto índice de mortalidad en los diferentes periodos embarazo y puerperio². Concluimos que las acciones y clasificación de riesgo fueron llevadas a cabo, sin embargo la resolución del parto y sus complicaciones obstétricas tanto de la madre como del producto fueron inherentes a la asistencia y la calidad de la atención en el segundo nivel de atención.

En los servicios de atención prenatal de la UMF 20, el Médico Familiar si toma en cuenta los factores de riesgo para envío al servicio de enfermera materno infantil incrementa 5 veces la probabilidad de utilización por mujeres embarazadas más que el servicio de la Enfermera Materno Infantil, la utilización de estos servicios fue de patrón mixto con sólo 16 pacientes con atención prenatal inadecuada, la resolución por parto fue 62% y por vía abdominal 48%, las complicaciones mas importante del embarazo fue preeclampsia en 6 pacientes con un producto prematuro y dos productos pretérmino.

J.Higgins propone un estudio para determinar la relación entre mujeres trabajadoras embarazadas normotensa con la presencia de hipertensión en el embarazo. Realizaron seguimiento a 933 primigravidas de la semana 18 a 24 con RM 5.5 $p=0.04$ los factores asociados fueron edad, IMC, fumadoras, alcohólicas, y estado marital con una diferencia de $p= <0.001$ de presión sistólica y diastólica comparada con las no fumadoras con una $p= <0.003$.²³

En el análisis del estudio se encontró prevalencia de 6 embarazadas que desarrollaron preeclampsia 5.7%, con factores asociados: trabajo con jornadas de 7 a 8 hrs. y turnos mixtos, con carga laboral moderada y estrés laboral. Sin embargo nuestro estudio no indago factores como tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías que pudieran aumentar el riesgo y asociarse a la utilización del servicio de medicina familiar y emi.

Rolv Skjaerven y cols. Mencionan la valoración del riesgo genético en el desarrollo de preclampsia incrementando de 1.3 a 1.7 el riesgo para primipaternidad, y para el antecedente de preclampsia previa en el hombre incrementa de 1.4 a 2.5 y en la mujer de 2.4 a 3.7²⁶

Sin embargo la primipaternidad no ha sido reconocida en nuestro medio como un factor de riesgo en medicina familiar ni calificada como riesgo para el envío a la enfermera materno infantil. Encontrando una paciente que desarrolló preeclampsia en el tercer trimestre y tenía el antecedente de primipaternidad por lo que consideramos en estudios posteriores y en la vigilancia de las pacientes se tome en cuenta este factor.

Basados en las normas técnicas de atención prenatal y en guías de control prenatal las acciones deberían estar encaminadas a derivar y utilizar los servicios de atención prenatal para los fines que fueron creados.^{18, 19}

Aunque una mujer tenga factores de riesgo mencionados en los lineamientos anteriores estos no predice directamente si tendrá o no la complicación aunque se lleve un control adecuado.

IX.- CONCLUSIONES

- ◆ El factor asociado a la utilización de los servicios de atención prenatal fue riesgo obstétrico intermedio para MF y para EMI el riesgo obstétrico bajo.
- ◆ Las actividades de la atención prenatal fueron adecuadas 85% de pacientes; recibieron 5 o más consultas de atención catalogadas como patrón de atención prenatal adecuada y sólo 15% recibieron menos de 5 consultas de atención prenatal catalogadas como patrón de atención prenatal inadecuada. El envío a EMI se llevó en las semanas 13 a 27 de la gestación (42%). Las actividades realizadas se cubrió el 100% en la ingesta de ácido fólico, fumarato ferroso se cubrió por el médico familiar y sólo indicó la enfermera materna infantil en 5 pacientes. La aplicación de toxoide tetánico con esquema de refuerzo fue el predominante.
- ◆ El perfil sociodemográfico en las embarazadas prevaleció una edad de 26-30 años edad, estado civil casadas y unión libre, con escolaridad secundaria completa y bachillerato disminuyendo el riesgo por escolaridad. Las embarazadas con trabajo remunerado fueron casi el 50%.
- ◆ El perfil laboral identificado predominó el puesto de ayudante general y tiempo de suspensión laboral durante el embarazo fue durante el 7mo mes entrando dentro de lo normativo de suspensión de actividad en el embarazo, las horas laborables que prevaleció son 9 -10 hrs. con turno mixto.
- ◆ El perfil preeclámptico identificando con edad de riesgo en 11 pacientes, antecedente familiar de preeclampsia en 13 pacientes, 29 primigestas y 9 multigesta con 5 gestaciones o más, antecedente de preeclampsia en embarazo anterior encontrando sólo en el 3er trimestre del embarazo a 6 pacientes, sobrepeso en 32%. La carga laboral leve en 19 pacientes, el estrés laboral en 31 pacientes. La primipaternidad se encontró en 8 padres y solo se encontró 1 embarazada con antecedente de pareja previa con preeclampsia.
- ◆ En la asociación de factores como periodo intergenésico corto, escolaridad, pareja previa con preeclampsia, son considerados por el médico familiar pero dado que en este estudio la estimación es poco precisa y no se logra una significancia estadística.

- ◆ La comparación de factores con el patrón de utilización de los servicios de atención prenatal comparada con la resolución del embarazo solo encontramos la presencia de preeclampsia en 2 mujeres con un perfil laboral de turno mixto, jornada amplia, carga laboral moderada y estrés laboral con terminación del embarazo con producto prematuro y dos pretérmino.
- ◆ Las complicaciones de la resolución del embarazo en la madre fueron mínimas a diferencia de las complicaciones del producto, no relacionadas directamente con riesgo obstétrico ni con el patrón de utilización de los servicios, los cuales fueron bien valorados al inicio del embarazo, y si relacionadas con la atención del parto en 2do nivel que pudieron ser prevenibles.
- ◆ Concluimos: el servicio de Enfermera materno infantil está Subutilizado sólo en un 50% en el control prenatal para referencia de la pacientes de bajo riesgo, y utilización del 17% en embarazadas de riesgo intermedio. Cabe mencionar que las norma oficial del control prenatal SSA 07 menciona envió al servicio de EMI a toda embarazada valorada con factores de riesgo bajo. Las causas encontradas de la falta de referencia en este estudio son: aumento del riesgo obstétrico de bajo a intermedio por enfermedad o patología agregada, falta de valoración completa en riesgo en la primera consulta de atención prenatal y contrarreferencia del servicio de EMI a medicina familiar con mala valoración del riesgo. Aumentado la saturación del servicio de medicina familiar en pacientes sin riesgo, que podría ser empleado en pacientes de riesgo intermedio y alto.

X.- RECOMENDACIONES Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO.

Aumentar acciones para la utilización del servicio Materno –Infantil al realizar las actividades de identificación, valoración y calificación de riesgo obstétrico.

Los factores de riesgo no predicen directamente si tendrá o no complicación al final del embarazo pero si son determinantes en la utilización de los servicios de atención prenatal.

El documentar buenos patrones de utilización es una tarea difícil pero deberíamos realizar diversas estrategias en los servicios de salud aplicables a las unidades de primer nivel y de acuerdo a sus necesidades para:

Otorgar con Oportunidad: facilitar el acceso a la atención subsecuente de la mujer embarazada en el servicio de EMI y materno infantil y que sea Completa en contenidos de evaluación obstétrica y de la educación del embarazo y de puerperio.

Además recomendamos que en investigaciones futuras se tome en cuenta un tamaño de muestra adecuada de las pacientes embarazadas e incluir los aspectos de educación, otras medidas preventivas antecedentes de toxicomanías que pudieran elevar el riesgo en las pacientes embarazadas.

ANEXOS

Anexo1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA

**FORMA DE RECOLECCION DE DATOS PARA DETERMINAR EL PATRON DE
UTILIZACION DEL SERVICIO DE MF Y EMI EN EL CONTROL PERINATAL EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

1.-FOLIO _____

2.-FECHA ____/____/____

3.-NOMBRE _____

4.-AFILIACION _____ CONSULTORIO _____

5.-TELÉFONO _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

6.-Antecedentes familiares de preeclampsia

- MADRE
- TIA MATERNA
- HERMANA
- OTRO ¿Cuál? _____
- NINGUNO

7.-Total de embarazos contando el actual _____

8.-Antecedentes obstétricos

- # DE CESAREAS _____
- # DE PARTOS _____
- # DE ABORTOS _____

DATOS DE EMBARAZO PREVIO

9.- Fecha en que termino el último embarazo ____/____/____

Fue aborto _____

Óbito _____

Nacido vivo _____

10.-Duración de la gestación en semanas _____

11.-Peso al nacimiento _____

12.-Presentó PREECLAMPسيا (toxemia)

- NO _____
- SI _____ meses de embarazo en que se diagnosticó. _____

13.-Presentó algún otro padecimiento durante su embarazo

NO
SI _____ CUAL _____

CONDICIONES ASOCIADAS A LA GESTACION ACTUAL
(DATOS ACTUALES DE LA PACIENTE)

14.-Edad (años cumplidos) _____

15.-Estado civil

SOLTERA () CASADA () UNION LIBRE () DIVORSIADA () VIUDA ()

16.-Escolaridad (Años de estudio a partir de educación primaria) _____

17.-Fecha de última menstruación ____/____/____

18.-Peso antes de embarazarse o al inicio del mismo

NORMAL
BAJO
ALTO
NO SABE
_____KG

19.-Antes o durante su embarazo actual le diagnosticó algún médico

DM FECHA _____
HAS FECHA _____
LUPUS FECHA _____
ENFERMEDAD AUTOINMUNES _____
OTRA _____ FECHA _____

20.- ¿A cuantas consultas de control prenatal acudió durante su embarazo?

Consultas de atención prenatal No _____

21.- Cuantas consultas de atención prenatal otorgo el MF?

No. de consultas _____

22.- Fue referida a control prenatal con la EMI?

SI _____ NO _____

Semanas de gestación _____

23.- Tomó ácido fólico durante el embarazo

SI _____ NO _____ cuanto tiempo _____

24.- ¿Se le prescribió fumarato ferroso durante el embarazo?

SI _____ NO _____

25.- ¿Quién lo indicó?

MEDICO FAMILIAR _____ EMI _____

26.- ¿Se aplicó toxoide tetánico?

SI _____ NO _____ No. DOSIS _____

TERMINACIÓN OBSTÉTRICA (EXPEDIENTE O NOTA DE ALTA DE
GINECOOBSTETRICIA)

27.-Fecha y forma en que termino el embarazo actual

_____ CESAREA CAUSA _____
_____ PARTO _____
_____ ABORTO _____
_____ OBITO _____

28.-Duración de la gestación en semanas

_____ SEMANAS

DATOS DEL BEBE

29.-SEXO (F) (M)

30.- LONGITUD _____ cm.

31.-Peso al nacer (Si sabe los Kg. anotar)

NORMAL (2,500 a 3,500)

BAJO

ALTO

NO SABE

_____ KG

32.-APGAR _____

33.-SILVERMAN _____

34.-ESTADO DE SALUD _____

35.-NÚMERO DE PRODUCTOS (BEBES) _____

DATOS DEL PADRE DEL PRODUCTO (EMBARAZO ACTUAL)

36.-Edad _____ años cumplidos

37.-Alguien de la familia de su pareja ha tenido preeclampsia

NO

SI ¿Quién? _____

38.-Fecha desde que ha mantenido relaciones sexuales con la paciente

39.-Antes del embarazo actual utilizó usted o su pareja algún método anticonceptivo

NO _____

SI _____

En caso de respuesta afirmativa

40.-Cuál método _____

41.- Durante cuanto tiempo _____

42.- Fecha de suspensión antes de su embarazo (mes/año) _____

43.- Primipaternidad (1er embarazo con el señor, embarazo previo con otro hombre)

SI () NO ()

No aplica (paciente 1er embarazo)

44.- Su pareja ha tenido hijos con otra mujer (vivos o muertos)

SI () NO ()

45.- En caso de respuesta afirmativa, la mujer de su pareja anterior padeció preeclampsia

SI () NO ()

ACTIVIDAD LABORAL DURANTE LA GESTACION

46.- Trabajaba antes de embarazarse (SI) (NO)

47.- Cuando se embarazó continuó trabajando (SI) (NO) por que _____

48.- Cuanto tiempo trabajo durante su embarazo (en meses) _____

49.- Nombre del puesto de trabajo _____

50.- Actividad predominante _____

51.- Horas de trabajo por día _____

52.-Número de días por semana que trabaja _____

53.- Turno _____

54.- Tiempo de descanso para comer u otras actividades por cada día de trabajo

55.- Posición predominante en su trabajo _____

56.- Durante su jornada de trabajo cargaba o arrastraba objetos pesados
(SI) (¿Cargaba o arrastraba?) (NO)

En caso de respuesta afirmativa; el peso aproximado es _____ cuantas veces al día _____

57.- El ritmo de su trabajo depende de usted (SI) (NO)

58.- Su trabajo la hacia sentirse estresada o nerviosa (SI) (NO)

59.- Contaba con alguna persona que le ayudara en el trabajo doméstico
(SI) quien _____ (NO)

60.- Número de horas por día que dedica a trabajo de casa (que hacer del hogar)

61.-Durante su embarazo su médico le dio incapacidad (SI) (NO)

En caso de respuesta afirmativa número de días de incapacidad y motivo

DIAS	MOTIVO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

62.-Fecha de inicio de su incapacidad prenatal ____/____/____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADORA _____

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: __22 Enero 2008.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA" registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar los patrones de utilización de la atención prenatal (EMI y MF) en la unidad de medicina familiar no 20

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador aplicarme un cuestionario y preguntar algunos antecedentes médicos y laborales.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer los factores asociados al uso de utilización de los servicios de atención prenatal conocimiento que aplica en su práctica clínica diaria. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villar J et al, WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001 357:1551-1564.
2. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 525 st N.W. Washington DC 20037. www.paho.org.
3. Armando Arredondo (1) Víctor Meléndez (2). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. Ministerio de Salud, República de Honduras. Salud Pública Méx. 1992; Vol. 34(1):36-48.
4. Salinas Martínez, Ana M, Garza Elizondo, María Eugenia, Rodríguez Casas Ma y cols. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social Mexicana. Revista Española de Salud Pública. Ministerio de sanidad y consumo de España. Madrid España .Marzo-abril año 2003 vol. 77, número 002: 267-274.
5. Banta David, MD, MPH. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? World Health Organization (WHO). Regional office for Europa's Health Evidence Network (HEN). European advisory committee on health research (EACHR) E mail: Hdavidbanta cs.com.December 2003.
6. Herrera A. Julián, MD, Galo Ersheng, MD; Pie D, AKM; et al. Evaluación periódica de riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales an Asia 2002-2003. Colombia Médica, Volumen 37 No 2. (Supl 1) 2006 (abril-Junio).
7. JM Aranda, L de la Revilla, J de D Luna. Riesgo obstétrico: evaluación de índices y criterios existentes. Centro de Salud San Andrés Torcal Málaga, Unidad de Medicina Familiar y comunitaria de granada: Facultad de Medicina de Granada. Publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. Volúmen 22 número 4: 205-214.
8. Ming L, Otaño L. Factores de riesgo de preeclampsia identificables durante la primera consulta del control prenatal. Evid pract ambul. 2005: 8142 BMJ 2005 330: 505-62.
9. Lahera Martín Matilde, Góngora Yerro Juan José. Factores psicosociales identificación de situaciones de riesgo. Instituto Navarro de Salud laboral. Impresión gráfica. 2002: 5

10. Lara González AL, Ulloa Galván G, Alpuche G, Romero Arauz JF. Factores de riesgo para preeclampsia. *Gin Obs. Méx.* 2000; 68: 357-361.
11. Conde Agudelo Agustín, MD, MPH, Villar José, MD, MPH, and Marshall, Lindheimer, MD. World Health Organization Systemic Review of Screening test for preeclampsia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* Vol. 104, No. 6 December 2004
12. Conde-Agudelo A. Rosas-Bermudez A. Kafury-Goeta AC Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 196(4):297-308, 2007 Apr.
13. Metin Gülmezoglu, Lale Say, Ana P Betrán, Villar José y Piaggio Gilda. WHO systematic review of maternal mortality y morbidity: methodological issues ang challenes. *BMC Medical Resarch Methodology.* 2004 4-16 Published 05 July 2004.
14. K.H.Yu Christina, MD, Gordon C.S. Smith MD; et al. for the fetal medicine foundation second trimester screening group. An integrated model for the prediction of preeclampsia using maternal factors and uterine artery Doppler velocimetry in unselected low-risk women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193: 429-3.
15. Pacheco Romero José. Disfunción endotelial en la preeclampsia. *Anales de la facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* Vol. 64 No. 1. 2003: 43-54.
16. Ramírez Carrillo Cristina. Evolución del cuidado materno infantil. Coordinación de Salud reproductiva y Materno infantil Deleg.2 Noroeste del D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Enferm. IMSS.* 2001. 9 (1): 1-4.
17. López Álvarez Xose Luis, Martínez Vidal Ángel y cols. Embarazo. *Revista de Medicina familiar y comunitaria España Guías Clínicas* 2005. 5 (16).
18. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1995. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. *Revista Med. IMSS* 2000; 38 (6): 447-495.
19. La Norma Técnico Médica para la Vigilancia Materno Infantil, editada en Febrero de 1995. IMSS
20. Trejo y Pérez Juan Antonio y cols., Guía Clínica para la atención prenatal. *Salud Positiva*, 2002 México D.F.
21. Los criterios y procedimientos señalados en la Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia (1995) IMSS

22. Documentar buenos patrones puede ser una tarea muy difícil. Citando a James Coplien en [Hillside03], un buen patrón: [www. Biomedic.com.mx](http://www.Biomedic.com.mx)
23. Elsa Gómez Gómez. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Pública v.11 n.5-6 Washington mayo/jun. 2002. ISSN 1020-4989 versión impresa.
24. J. R. Higgins. Relación entre trabajo materno, presión sanguínea ambulatoria e hipertensión en el embarazo. J. Epidemiol Community Health 2002, 56: 289-293.
25. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of preeclampsia. The Lancet 2001: 357-372
26. Rolv Skjaerven, Lars Vatten, Allen Wilcox, Thorbjorn Ronning, Lorentz M Irgens, Rolv Terje Lie. Recurrence of pre-eclampsia across generation; exploring fetal a maternal genetic components in a population based cohort. BMJ September 2005: 1 - 5.