



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

TESIS

PERFIL DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES
EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA: MARIA GUADALUPE SERRALDE SANCHEZ

TUTORA:

DRA: SILVIA SANCHEZ AMBRIZ

ASESORA METODOLOGICA:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA



GENERACION 2007 – 2010
MEXICO D. F.



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.

TUTORA

**DRA SILVIA SANCHEZ AMBRIZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

ASESORA METODOLOGICA

**DRA MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE UMF N 20**

Vo Bo

**DRA VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACIONAL.**

Vo Bo

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFA ADJUNTO AL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por brindarme la vida y la fortaleza para enfrentar todos los retos que se me presentaron y llegar a la meta, feliz y saludable.

Al Sr. Olegario Vázquez Raña, Presidente del Grupo GEA, con cariño y respeto, por darme la oportunidad de continuar con mi carrera profesional, por ser mi Ángel en cada paso profesional y por su ejemplo de superación inagotable.

A Dra. Silvia Sánchez Ambriz, mi asesora, Maestra en Ciencias de la Salud, por haber compartido sus valiosos conocimientos, así como el tiempo y dedicación que me brindo durante la elaboración de esta tesis, cuya importancia es de gran magnitud para mi futuro profesional.

A Dra. Maria del Carmen Aguirre García, por sus conocimientos durante mi formación y por su apoyo en esta tesis, así como por sus atenciones.

A mi princesa Marlene y a mi Bebe Manuelito, por comprender el tiempo que no les dedique, por lograr mis metas, por sus abrazos y besos que son mi fortaleza que me impulsa diariamente, y mi luz que ilumina mi camino.

Licenciado Aarón Leyva García, por ser mi fuerza en tiempos difíciles, por ser mi esperanza en tiempos de desesperanza, mi luz en mi oscuridad, mi sonrisa en mi de tristeza, por su apoyo incondicional en todos los momentos y su ejemplo de superación inagotable.

A la Dra. Victoria Pineda Aquino, Dra. Santa Vega, por sus enseñanzas durante la especialidad.

A mi familia por su apoyo durante mi especialización.

A mis amigas y amigos que durante el curso de especialización, que me dieron el privilegio de conocerlos, brindarme su cariño y apoyo en todo momento.

GRACIAS

DRA MARIA GUADALUPE SERRALDE SANCHEZ

PERFIL DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES EMBARAZADAS EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Dra. Maria Guadalupe Serralde Sánchez¹, Dra. Silvia Sánchez Ambríz², Dra. Maria del Carmen Aguirre García³

INTRODUCCION. El Control Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, en el primer nivel de atención a efecto de vigilar la evolución del embarazo.

OBJETIVO GENERAL Determinar las características del control prenatal en mujeres embarazadas que acuden a la unidad de medicina familiar número 20. **SITIO DEL ESTUDIO** Unidad de Medicina Familiar Numero 20 **POBLACION DE ESTUDIO** Expedientes de mujeres embarazadas en el periodo comprendido del 25 12 2007 al 26 12 2008. **TIPO DE ESTUDIO** Descriptivo, transversal retrospectivo.

RESULTADOS. La edad media fue de 27 años $DS_{\pm} 6$, escolaridad preparatoria. Semana de inicio de control prenatal 18 (4-26), total de consultas prenatales 5(1-12), Riesgo obstétrico de 4 (mínimo 0, máximo 16). Tratamiento con Ampicilina a 3% en pacientes con IVU confirmada, síntomas urinarios reportados 21 %, se realizaron urocultivos en 21%, reporte de mas de 100000 UFC en 14% ,tratamiento al 18%: con Ampicilina 10% y Nitrofurantoina al 8%. Síntomas Cervicovaginales en 8%.. Al 100% Prescripcion de acido fólico y sulfato ferroso durante todo el embarazo. Toxoide tétanico indicado al 100%. Citología Cervicovaginal 1%. Se enviaron a enfermera materno infantil 74%, a dental y trabajo social el 100%. Sin patología agregada 94%, síntomas vasculoespàsmodicos (24 semanas) 63%., Hipertensión arterial 5% (semana 23 a 33) Edema (35 semanas) 4%. Biometría Hemática normal en 96% ,grupo sanguíneo y Rh en 98%, glucosa 96%, VDRL 93%, exàmen general en el 97%, exudado vaginal al 97%. **CONCLUSIONES:** Se realizan en el 95% las acciones clínico-diagnosticas en la mujeres embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar.

Palabras claves: Control prenatal, primer nivel de atención, perfil de control prenatal.

1. Alumna de tercer año del curso de especialización en medicina familiar
2. Medico Familiar, Maestra en Ciencias de la Salud
3. Medico Familiar.

INDICE

Marco Teórico	1
Justificación	14
Planteamiento del problema	16
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Hipótesis	19
Metodología	20
Sitio de estudio	20
Diseño de estudio	21
Población de estudio	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión	21
Criterios de eliminación	21
Tamaño de la muestra	22
Descripción del estudio	23
Variables	24
Análisis estadístico	27
Resultados	28
Discusión	36
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias	41
Anexos	45
	27

I. MARCO TEÒRICO

CONTROL PRENATAL

Definición: Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, en el, primer nivel de atención a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. ²

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración. La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención). La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet peri natal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional. ²

Factor de riesgo

Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad y mortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. ³⁵

El control prenatal fue muy importante para lograr reducir la muerte materna por preeclampsia-eclampsia en los últimos cinco años que pasó de 13.9 a 9.6 casos, por cada cien mil nacidos vivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El control prenatal debe ser: precoz, periódico y completo. ²

Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer fehacientemente edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo. ²

Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico. ²

Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional. ²

ACTIVIDADES DURANTE CONTROL PRENATAL:

DIAGNOSTICO DE EDAD GESTACIONAL

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes. En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días). Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control. ³⁵

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

Latidos cardíacos fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal. ³⁵

Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal ³⁵

Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflectadas. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%,

valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%.³⁵

Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. El error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y col. , lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional .³⁵

DIAGNOSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA.

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. ³⁶

EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales. ³⁵

Grupo sanguíneo.

Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva. Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado. ³⁷

Urocultivo.

En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se

debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo. ³⁷

V.D.R.L.

Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).³⁷

H.I.V.

La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control. ³⁷

Hematocrito.

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). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas. ³⁷

Glicemia.

Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa 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 postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales 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 amenorrea.³⁷

Albuminuria.

La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia.³⁷

Citología cervico uterino.

El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). La experiencia del Servicio sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos (1,9%) presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor (8 casos) y cáncer in situ (24 casos). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el

procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados. ³⁷

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario. ³⁷

Cuando una paciente acude, por primera vez, a consulta con el médico familiar por un probable embarazo y el médico no cuenta con los elementos clínicos para establecer o confirmar el diagnóstico de embarazo, solicitará una prueba inmunológica de embarazo y citará a la paciente en los siguientes 3 a 5 días hábiles para descartar o confirmar el diagnóstico de embarazo, en este último caso (confirmación de embarazo) se iniciará en esta consulta, la vigilancia prenatal. ³⁷

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

Elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)., medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración., medición y registro de presión arterial, valoración del riesgo obstétrico; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL, determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil

Dμ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos, examen general de orina desde el primer control., detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad., prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico., no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; promoción y orientación sobre planificación familiar. 1

En esta primera visita informaremos a la mujer sobre las posibilidades de diagnóstico prenatal de cromosomopatías y defectos del tubo neural.

Menores de 35 años: informaremos sobre la posibilidad de determinación de los marcadores bioquímicos (AFP y β-HCG) entre la 15-17 semana, para realizar cribado de síndrome de Down y defectos del tubo neural (DTN).

Mayores de 35 años: se ofertará la posibilidad de realizar amniocentesis (entre la 15-18 semana) o biopsia corial (entre 10-14 semana). 37

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales). medición y registro de peso

y talla, así como interpretación y valoración., medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración. - valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); examen general de orina-< prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico., prescripción de medicamentos. Promoción y orientación sobre planificación familiar. 1

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)., medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración., medición y registro de presión arterial., valoración del riesgo obstétrico; valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); examen general de orina, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico., prescripción de medicamentos. Promoción y orientación sobre planificación familiar.1

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales). medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración., medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración. - valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática

completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); examen general de orina, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico., prescripción de medicamentos promoción y orientación sobre planificación familiar.¹

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales). medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración., medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración. Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); examen general de orina, -< prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico., prescripción de medicamentos. Promoción y orientación sobre planificación familiar. Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto. ¹

Ex{amen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. ² Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada

para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna. 2

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles. (2). Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos.

II JUSTIFICACIÓN

El control prenatal debió cumplir una serie de requisitos, con el fin de prevenir complicaciones, diagnosticarlas precozmente si aparecen y tratarlas oportunamente para lograr el objetivo.

Estudios observacionales, han demostrado que el control prenatal mejora los resultados perinatales.

En América Latina se reporta en las mujeres embarazadas que no acuden a control prenatal tres veces más la probabilidad de muerte fetal en comparación con las mujeres embarazadas que sí acuden a control prenatal.

Se detecto oportunamente enfermedades infecciosas durante el embarazo, se realizó la búsqueda de patología metabólica, hematológica y alteraciones del crecimiento fetal es importante detectarlas precozmente para evitar la morbimortalidad materna- fetal .

El impacto médico, social y familiar que tiene el fallecimiento de una mujer, casi siempre sana, en la etapa más productiva de su vida, como consecuencia del proceso de la reproducción, ha sido la motivación primaria para que el estudio de la mortalidad materna se considere desde hace muchos años en el mundo, como uno de los indicadores más adecuados para evaluar la calidad de la prestación de servicios de salud en forma integral. El paradigma de la muerte materna por complicación obstétrica puede ser ejemplificado con la preeclampsia-eclampsia, la cual continúa siendo un reto para el sistema de salud y para la profesión médica, a pesar de su condición potencialmente evitable mediante el cumplimiento de normas oficiales e institucionales de protección específica como vigilancia prenatal temprana, educación específica a la mujer gestante, asistencia obstétrica especializada.

Ante esto los ministerios de salud establecen un control prenatal en el cual detallan cuales enfermedades deben ser buscadas durante el embarazo, estudios que a veces son coincidentes en diferentes países, y otros no. Este estudio sirvió para conocer, como se está realizando el control prenatal.

Se conoció la semana de inicio de control prenatal y número de consultas otorgadas para de esta manera implementar estrategias educativas a la población en edad fértil para que acuda a control prenatal antes de las 12 semanas y por lo menos a 9 consultas prenatales.

Se implementó estrategias educativas de acuerdo a las inconsistencias clínicas diagnósticas que se detecten, encaminadas a mejorar el proceso de atención prenatal, disminuyendo de esta manera costos institucionales y de la vida humana.

III Planteamiento del problema.

El paradigma de la muerte materna, como consecuencia del proceso de la reproducción, fue la motivación primaria para elaborar normas oficiales e institucionales de protección específica como vigilancia prenatal temprana, educación específica a la mujer gestante, asistencia obstétrica especializada.

En países donde el control prenatal no es adecuado, la preeclampsia-eclampsia explica el 40-80% de las muertes maternas, estimándose un total de 50,000 por año. En México, represento el 30% de los casos y es la principal causa de muerte materna.

Muchas mujeres no iniciaron el control prenatal lo suficientemente temprano en el embarazo como para seguir el componente básico completo del modelo de atención para la etapa de reproducción. La asistencia de la paciente a cada una de las consultas pautadas es un elemento crucial del componente básico de este modelo de atención. La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia "dura" ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares.

La mortalidad materno- fetal es un problema que impacta a toda la comunidad y en donde el médico familiar tiene un importante papel para disminuir este problema.

Es interesante conocer como se realiza el control prenatal en nuestras

unidades de primer contacto, para que de esta manera se puedan implementar estrategias para mejorar el control prenatal y evitar en lo posible las muertes materno-fetales.

Ante este escenario nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuales fueron las características del control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron a una unidad de medicina familiar?

IV OBJETIVOS

Objetivo general.

- Se identifico las características del control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron a la unidad de medicina familiar número 20.

Objetivos específicos.

- Se identificaron las características demográficas de las embarazadas de la muestra.
- Se identifico la semana de inicio de control prenatal y número de consultas otorgadas.
- Se identifico las acciones clínico diagnosticas.
- Se identifico acciones de tratamiento y preventivas.

V Hipótesis

No requiere por el diseño del estudio.

VI Sujetos materiales y métodos.

1.-Sitio de estudio

El estudio se realizó en la unidad de Medicina Familiar Número 20, perteneciente a la Delegación uno Norte del Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta unidad se encuentra ubicada, en calzada Vallejo Número 675, colonia Magdalena de las Salinas, código postal 07760, colinda con la escuela secundaria federal al oriente con el almacén general de la institución y al sur con poniente 118, tiene adecuada accesibilidad en virtud que cuenta con avenidas fluidas, las características socioculturales principalmente en la zona de azcapotzalco.

Su universo de trabajo abarca Gustavo A Madero y Azcapotzalco, también se encuentra responsable de la población usuaria de guardería n 11 Camelot N. Williamns, se localiza a 30 minutos de la clínica.

La UMF N 20 se conforma por 30 consultorios, cada consultorio integrado por un médico Familiar y una asistente Médica, con la utilización de expediente electrónico, cuenta con el servicio de planificación familiar, los recursos materiales son área de recepción de pacientes, mesa de exploración en donde se lleva a cabo las vasectomías y otra para revisión de pacientes.

Dos módulos para atención a niño sano y embarazadas llamada EMI la cual da servicio una enfermera capacitada en cada módulo.

En el periodo comprendido fue del 26 de Diciembre del 2007 al 27 de Diciembre del 2008 y se encontró una población de 2541 mujeres en edad fértil de las cuales 543 se embarazaron en este periodo.

2.- Diseño del estudio:

Observacional, descriptivo, transversal retrospectivo.

3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Expedientes de mujeres embarazadas en el periodo comprendido del 25 diciembre del 2007 al 26 diciembre 2008.

Criterios de inclusión:

Expedientes de mujeres embarazadas de 15 a 45 años de edad

Expedientes de Derecho-habientes de la UMF N 20

Expedientes Turno matutino y vespertino

Expedientes electrónicos localizables

Criterios de no inclusión

Expedientes de mujeres embarazadas que tuvieron atención prenatal por medico institucional

Expedientes de mujeres embarazadas con interrupción del embarazo por diferentes causas (aborto, mola hidatidiforme etc.)

Expedientes de mujeres embarazada que fueron enviadas a segundo nivel de atención por riesgo obstétrico.

4.- Tamaño de muestra.

283 expedientes de mujeres embarazadas.

Estimación de una proporción (variable cualitativa)

50% ($p = 0.50$)

precisión del 5% (0.05)

confianza del 95% ($1 - \alpha = 0.95$)

Alfa = 0.05 Z alfa = 1.916

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)}{i}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.50(1-0.50)}{0.0025} = \frac{(3.84) \cdot 0.50(0.50)}{0.0025} = 384$$

Corrección para población finita

$$n_q = n / (1 + (n / N))$$

$$n_q = 384 / (1 + (384 / 1814))$$

$$n_a = \frac{384}{1 + (0.33)} = \frac{384}{1.33} = 283.$$

n_q = número de sujetos necesarios.

n = número de sujetos calculados para población infinita.

N = es el tamaño de la población

5.- Selección de la muestra:

Probabilística aleatoria simple

VII DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- 1) Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes de la unidad.
- 2) Se registró el protocolo en el comité local de investigación.
- 3) Se creó una cédula de recolección de datos que ayude a responder los objetivos planteados contiene : número de folio, nombre, turno, edad, afinación, inicio de vida sexual activa, consulta prenatal inicial, número total de consultas prenatales, escolaridad, patologías asociadas, riesgo obstétrico, síndrome vasculoespasmódico, edema, tensión arterial, síntomas urinarios, síntomas cervicales,, hemoglobina, glucosa, exàmen general de orina , grupo y rh, VDRL, exudado vaginal, urocultivo , tratamiento de síntomas urinarios y cervicales, ultrasonido, envios a EMI, a medicina preventiva (aplicación de toxoide tetanico y papanicolau) , a dental ,ínter consulta a obstetricia, resolución del embarazo.
- 4) De la lista de embarazadas que acudieron a control prenatal y que se había resuelto el embarazo en el periodo del 25 12 2007 al 26 12 2008, se seleccionará uno de cada 5 expedientes, una vez localizados se procedio a llenar la cédula de captación de datos.
- 5) Se realizo en el periodo de Febrero 2009 a Febrero 2010 de las 14 a 20 hrs. de lunes a viernes.
- 6) Los datos obtenidos fueron capturados y manejados en SPSS versión 12.

VIII DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIONES
Control prenatal	Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, en el primer nivel de atención a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.	Se midió para los fines de este estudio através de las anotaciones en el expediente electrónico de : Fecha de inicio de primera consulta Número total de consultas. Acciones clínico diagnosticas, prescripción de acido fólico y fumarato ferroso, tratamiento de patología detectadas. Acciones preventivas.	
Fecha de inicio	Principio o comienzo de los planes.	Se midió de acuerdo a la semana de la primera consulta prenatal otorgada anotada en el expediente electrónico., semana de primera consulta con embarazo confirmado.	Cuantitativa. Razón
Numero total de consultas	Completo que comprende todo, entero, absoluto	Se midió con el reporte de todas las consultas a las que acudió la embarazada anotadas en el expediente electrónico.	Cuantitativa. Razón
Síntomas vasculoespasmódicos	Manifestación de un padecimiento vascular que da lugar a quejas por parte del paciente, por lo general se trata de un fenómeno subjetivo.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente o ausente	Cualitativa nominal dicotómica.
Tensión arterial	Presión que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos o del corazón.	Se midió con la anotación en expediente electrónico. Alta o normal	Cualitativa nominal dicotómica.
Edema	Acumulación excesiva de líquido en los espacios tisulares debida a un aumento de la trasudación de líquido a partir de los capilares sanguíneos.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente o ausente	Cualitativa nominal dicotómica.

Biometría hemática	Determinación del número de eritrocitos y leucocitos por milímetro cúbico de sangre, estudio microscópico de las estructuras celulares vivas.	Se midió con la anotación en expediente electrónico la presencia de anemia (hb menor de 10.9) o normal (mayor 11), si , no	Cualitativa nominal dicotómica.
Grupo y rh	Un <i>grupo sanguíneo</i> es una forma de agrupar ciertas características de la sangre que dependen de los antígenos presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos y el factor RH.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, Rh negativo o positivo ausente o presente el reporte , tipo sanguíneo A,B, AB O, reporte presente o ausente	Cualitativa nominal
EGO en las semanas 24, 28, 32, 36	Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, reporte presente o ausente normal o anormal	Cualitativa nominal dicotómica.
Glucosa	Dextrosa monosacárida cristalina, obtenido mediante la hidrólisis incompleta del almidón.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente o ausente , normal de 70 a 100 mg/dl.	Cualitativa nominal dicotómica.
Urocultivo	Material con un contenido alto de bacterias en la orina	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente ausente o normal y anormal (de acuerdo a desarrollo bacterias o no).	Cualitativa nominal dicotómica.
Exudado vaginal	Material con un contenido alto en proteínas y células, que ha pasado a través de las paredes de un vaso hacia los tejidos adyacentes en la inflamación vaginal.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente ausente y anormal (de acuerdo a desarrollo) o normal bacteriano o no).	Cualitativa nominal dicotómica.
Ultrasonido.	Energía producida por el pulso en un cristal de circonato de plomo, cuarzo o titanato de bario, se emplea en medicina de 3 maneras, según los niveles de poder generados.	Se midió con la anotación en expediente electrónico, presente o ausente	Cualitativa nominal dicotómica.

<p>Prescripción de sulfato ferroso, ácido fólico y tratamiento de IVU y cervicovaginitis.</p>	<p>Otorgar fármacos tendientes a prevenir lesiones que se localizan en medula espinal, anemia y complicaciones por infecciones en vías urinarias y vulvovaginitis</p>	<p>Se midió con la anotación en expediente electrónico, se prescribió o no se prescribió</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>
<p>Acciones Preventivas</p>	<p>Realización de funciones necesarias para detecciones y prevenciones oportunas</p>	<p>Se midió con la anotación en el expediente electrónico del envío a Medicina preventiva para Toxoide tetánico y Papanicolau, envío al servicio de Enfermera materno infantil, Dental y Trabajo Médico Social. Si o No se envío</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>

IX ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y dispersión. Se analizó en el paquete estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

Se revisaron 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas , la edad media fue de 27 años DS \pm 6, escolaridad 71%(80) hasta preparatoria, la media de Gesta fue 2, cesárea 1, aborto y Partos 1, riesgo obstétrico bajo el 70% (197). Cuadro 1

Cuadro 1. Características demográficas y obstétricas de la muestra de 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas .

Características demográficas y obstétricas	MEDIA	MINIMO	MAXIMO
Edad	27 años	16	38
Escolaridad	Preparatoria	Primaria incompleta	Postgrado
Gesta	2	1	6
Para	1	1	3
Abortos	1	0	3
Cesáreas	1	0	2
Riesgo Obstétrico	4	0	16

La semana de inicio del control prenatal fue una media de 18 semanas con un mínimo de 4 y un máximo de 26, la media del total de consultas prenatales otorgadas fue de 5.

Las acciones clínico diagnósticas realizadas durante su control prenatal fueron detección de síntomas vasculoespasmódicos en 39% (89) de las mujeres embarazadas se encontró la mayor frecuencia en el segundo trimestre de la gestación. Cuadro 2

En la toma de tensión arterial, en el 95% se reportó una tensión arterial normal, el 5 por ciento que presentó hipertensión arterial presentó pre eclampsia leve sin alteraciones de crecimiento uterino. Cuadro 2

Presentaron edema el 80% (220) de las mujeres embarazadas, siendo el segundo trimestre en donde se reportó el 66% (186) de los casos. Cuadro 2

Los resultados de biometría hemática, se encontró que el 100% de las mujeres embarazadas no presentaron anemia. Cuadro 3

El grupo sanguíneo y Rh se reportó en 98% (277) Cuadro 3

La glicemia en ayuno 99.6% se reportó normal. Cuadro 3

El VDRL se reportó en 93% (263). Cuadro 3

Se reportó EGO en 76% (214), se reportó urocultivo en 14% (39), Exudado vaginal en el 3% (8) Cuadro 3

Se realizó ultrasonido al 74% (209), donde en ninguno de los casos y en sus diferentes trimestres no se encontró alteraciones ni malformaciones fetales. Cuadro 3

Cuadro 2 Acciones clínico diagnosticas, reporte de detección de riesgo obstétrico en 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas.

Acciones clínico diagnosticas y riesgo obstétrico	n	%
Detección de Riesgo Obstétrico		
Riesgo bajo	197	70
Riesgo intermedio.	23	8
Riesgo alto	63	22
Total.	283	100
Detección de síntomas vasculoespasmodicos		
A.primer trimestre	47	16.5
B.segundo trimestre	89	31.4
C.tercer trimestre	42	14.8
Total	178	62.8
Toma de Tensión Arterial		
Elevada	14	5
Normal	269	95
Total	283	100
Edema.		
Primer trimestre presente	11	3.8
Segundo trimestre presente	187	66
Tercer trimestre	28	9.8
Total	226	80

Cuadro 3 Exámenes de laboratorio y ultrasonido en 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas.

Exámenes de laboratorio y ultrasonido	n	%
Toma de Biometría Hemática		
Reporte Normal	271	96
Reporte Anormal	0	0
Total	271	96%
Toma de Grupo sanguíneo	277	98
Toma de Glucosa		
• Normal	271	99.6
•Anormal.	1	0.36
Total	272	96.1%
VDRL	263	93
Ultrasonido		
Primer trimestre	84	29.6
Segundo trimestre	96	33.9
Tercer trimestre	29	10.2
Total	209	93
Examen General de Orina		
Primer trimestre	76	26.8
Segundo trimestre	118	24.0
Tercer trimestre	20	7.06
Total	214	76

Exudado Vaginal.

Primer trimestre	2	0.70
Segundo trimestre	5	1.76
Tercer trimestre	1	0.35
Total	8	3

Urocultivo

Primer trimestre	12	4.2
Segundo trimestre	21	7.4
Tercer trimestre	6	2.12
Total	39	14

En 124 (44%) de las mujeres embarazadas se sospechó de infección de vías urinarias, confirmandose por urocultivo en 39 (14%) mujeres embarazadas.

Cuadro 4

Se reportó 3%(8) mujeres embarazadas con cervicovaginitis la cual fue confirmada con exudado vaginal . Cuadro 4

Cuadro 4. Frecuencia de Infección de Vías Urinarias y Cervicovaginitis en 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas.

	n	%
Infección de vías urinarias confirmada con Urocultivo y Examen General de Orina.	39	14
Probable Infección de vías urinarias, Examen General de Orina.	124	43.8
Infección de vías urinarias diagnosticada por clínica	112	39.5
Cervicovaginitis confirmada con exudado vaginal	8	2.8

La ampicilina fue el fármaco mayormente prescrito para infección de vías urinarias en un 86% (244) mujeres embarazadas. Cuadro 5

Se prescribió nistatina a las 8 mujeres en donde se reportó cervicovaginitis .

Ácido fólico y sulfato ferroso desde el inicio de las consultas prenatales hasta la resolución del embarazo.

Cuadro 5 Fármacos prescritos en infección de vías urinarias y cervicovaginitis en 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas

Fármacos prescritos	n	%
En IVU		
Ampicilina	244	86
nitrofurazona	31	11
Fármacos prescritos en cervicovaginitis		
nitrofurazona	8	3

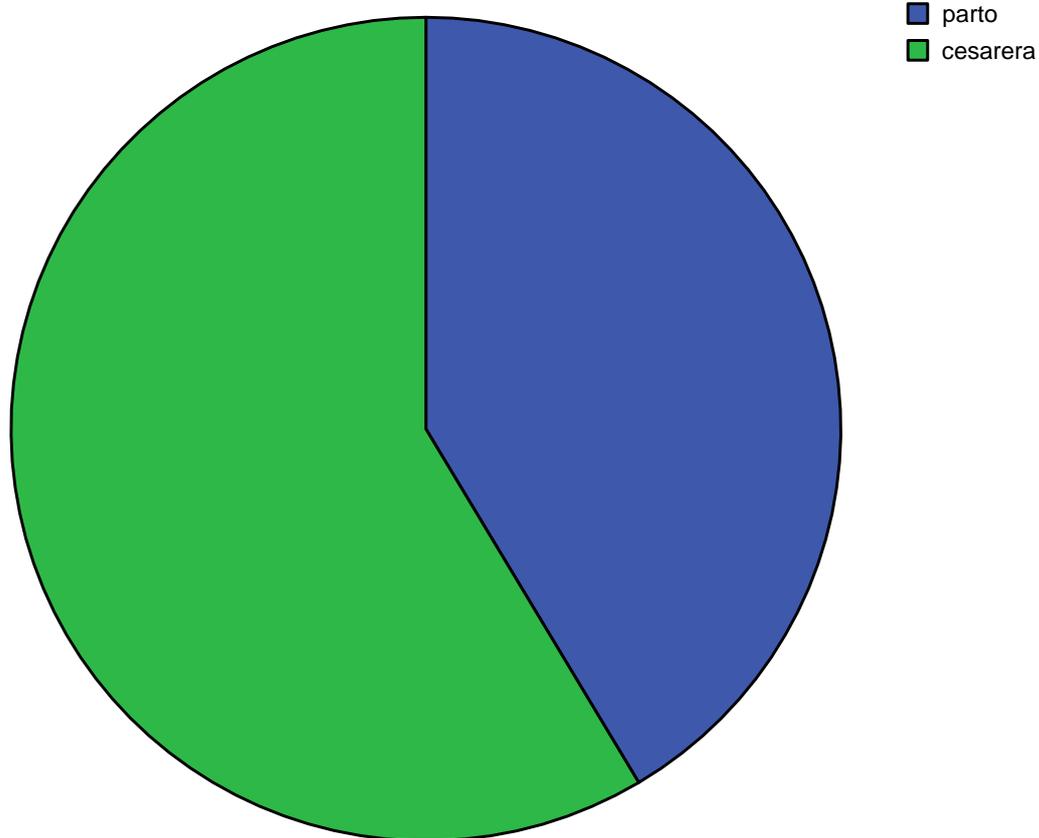
Se reportó envío a Trabajo Médico Social en el 100% de los expedientes electrónicos, se aplicó toxoide tetánico al 100% de las mujeres embarazadas, se realizó papanicolau al 1%. Se envió al servicio dental al 100%, se solicitaron 165 (58%) interconsultas a obstetricia.

Cuadro 6 Envios a enfermera materno infantil, Trabajo Médico social, dental, Medicina Preventiva e interconsultas en 283 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas.

Envió a :	N=	%
E. Materno Infantil	209	74
Trabajo Medico Social	283	100
Dental	283	100
Toxoide Tetánico	283	100
Papanicolau	3	1
Íter consultas a obstetricia	165	58

Fueron partos 116 (41%) y cesáreas 164(59%)b

resolucion del embarazo



DISCUSION

El objetivo de nuestro estudio fue Identificar las características demográficas de las embarazadas de la muestra.

El Control Prenatal que es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi mortalidad materna y peri natal.

Debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica).²³

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica tiene riesgo obstétrico bajo, en nuestro estudio se comportó en forma similar.

La Norma Oficial Mexicana de Control Prenatal (NOMCP) recomienda iniciar el control prenatal antes o igual a las 12 semanas de gestación. En nuestro estudio se encontró un inicio de control prenatal a las 18 semanas, que es mas alto que lo que recomienda la NOMCP.

La NOMC recomienda un total de 5 consultas prenatales lo cual coincide con los hallazgos, sin embargo las Guías de Practica Clínica del IMSS recomienda 7 a 10 consultas prenatales en relación a esta guía estamos ligeramente por abajo de lo recomendado.^{1,37}

La presentación de síntomas vasculoespasmódicos de mayor frecuencia se encontraron en el segundo trimestre, que nos indica que este es el trimestre donde se presentan las patologías mas frecuentes que pueden causar la morbi mortalidad, estos resultados apoyan lo obtenido por otros autores.²³

El 5% (14) de las mujeres embarazadas que presentaron tensión arterial elevada, presento preeclampsia leve sin retraso en el crecimiento fetal, ni Membrana Hialina, en la literatura se reporta la prevalencia de preeclampsia

de 4.5%.²³

La NOMC recomienda un total de un exámen de laboratorio de Biometría Hemática si el resultado es normal , en nuestro estudio se cumplió con esta norma. ¹

La NOMC recomienda un total de 3 glucosas sanguíneas en la primera consulta a la semana 24 y en la semana 32 en nuestro estudio solo se solicitó en una ocasión. ¹

La NOMC recomienda solicitar grupo sanguíneo y Rh en una ocasión en nuestro estudio no se cumplió este parámetro. ¹

La NOMC recomienda solicitar VDRL en una ocasión , en nuestro estudio no se cumplió este parámetro. ¹

El Examen General de Orina la NOMC recomienda solicitarlo en las semanas 24, 28, 32 y 36, en nuestro estudio se cumplió con este parámetro el 22%. ¹

El exudado vaginal la NOMC recomienda solicitar un exudado vaginal en el embarazo para disminuir el riesgo de ruptura prematura de membranas y con ello disminuir el riesgo de parto pretermino., en nuestro estudio sólo se solicitó a 3 % de las pacientes embarazadas. ¹

La NOMC recomienda la prescripción de ácido fólico 3 meses antes del embarazo y durante todo el embarazo (1) , en nuestro estudio se dio a partir de la semana en que se inició el control prenatal durante todo el embarazo.

La NOMC recomienda la prescripción de Fumarato ferroso durante todo el embarazo, ¹ en nuestro estudio se dio a partir de la semana en que se inició el control prenatal y durante todo el embarazo pero de sulfato ferroso.

Las Guías de práctica Clínica del IMSS indican que se debe enviar con la Enfermera Materno Infantil los embarazos de bajo riesgo, en nuestro estudio se

enviaron a 74% , 4% más de los envíos que debieron realizarse.

La NOMC recomienda envío a Trabajo Médico Social, Dental y Medicina Preventiva, en nuestro estudio se cumplió con esta indicación. ¹

Las Guías de práctica Clínica del IMSS recomiendan la prescripción de Nitrofurantoina en Infección de Vías Urinarias (IVU) , en nuestro estudio se prescribió en 31 pacientes embarazadas, en 244 se prescribió ampicilina recomendada por la NOMCP₁. Cabe mencionar que se evidenció con urocultivo la IVU en 39 embarazadas. La resolución del embarazo en parto fue de un 37.4% y de intervención quirúrgica fue de 62.5%.

En conclusion el estudio demostro que en la mayoría de los pacientes se realizan las acciones clinico diagnostica que marca la norma oficial de atencion prenatal sin embargo faltaria indagar las causas por la cuales no se llevo a cabo el 5% de las acciones que pueden ser de tipo administrativa, accesibilidad a la unidad, omision del medico entre otras.

CONCLUSIONES

El inicio del control prenatal es tardío.

Se cumple con el número total de consultas prenatales recomendadas.

Los síntomas vasculoespásmicos se presentan en el segundo trimestre.

La Hipertensión arterial en el embarazo se presentó en la semana 24 a 28.

El edema de Miembros pélvicos es más frecuente el el segundo trimestre.

Se cumple con la indicación de solicitud de Biometría Hemática, VDRL, Grupo sanguíneo .

No se cumple con la indicación de solicitud de Glucosa, Exámen General de orina, Exudado vaginal.

Se cumple con el envío a Enfermera materno infantil, dental, aplicación de toxoide tetánico, no se cumple con la indicación de Citología Cervico vaginal

Se prescribe ácido fólico y sulfato ferroso en todo el embarazo.

Se prescribió ampicilina en forma inapropiada.

RECOMENDACIONES

Homogeneizar la NOMCP con las Guías de Práctica Clínica del IMSS.

Implementar cursos, sesiones con el fin de conocer la NONCP y las Guías de Práctica Clínica del IMSS.

El jefe de Departamento Clínico debe evaluar cada consulta prenatal y retroalimentar al médico.

REFERENCIAS

1. Norma oficial mexicana de atención prenatal 2003.
2. Casini, G S, Sáinz, M L. Guía de control prenatal. Ministerio De Salud Colombia. 2004.
3. Swstensyt GR, Sarcset T G. Management of multiple pregnancy: prenatal care-part I. [Journal Article. Review]. Obstetrical & Gynecological Survey. 2005 60(8):527-37.
- 4 Veloz MG, Cruz EL, García MC, Basavilvazo MA, Hernández VM. Frecuencia del síndrome anémico en pacientes obstétricas complicadas Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):537-41.
5. González P, Marquez V. Infección urinaria. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005. disponible en www.med.unne.edu.ar/revista/.../6_155.htm consultado 18 05 09.
6. Martinez MA, Torres GP, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005. disponible en www.scribd.com/doc/24704816/d-Ginecologia-y-Obstetricia consultado 18 05 09
7. Gómariz M, Vicente D, Pérez Trallero E., Infecciones urinarias no complicadas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 22 (6).
8. Revista indexada en LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal en los apartados de Medicina y Enfermería. Última actualización del sitio: 27 11 2008.

9. González. E.P. Salud bucal en el embarazo, 09 febrero 2009, actualizado 16 de marzo 2009.
10. Sainz, C. M. Cambios en el embarazo y salud bucal. 06 Dic 2003.
11. González. E.P. Salud bucal en el embarazo, 09 febrero 2009, actualizado 16 de marzo 2008.
12. López R.P. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto MEDISAN 2008;12(4).
13. Marquez G. . Vazquez L. Guía de consulta diagnóstica 2005. Colombia.
14. GÓMEZ M. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria.
15. Austin (TX): University of Texas at Austin Recommendations for the evaluation and management of nausea and vomiting of early pregnancy (<20 weeks gestation). 2002 May.
16. García R D, Gómez M M. A., Ramos D. E, Control del embarazo en Atención Primaria. E4 2001; 1 (2); 53-62.
17. Torres M L M, Martínez V J. Tratamiento de algunos cuadros dolorosos en la mujer embarazada o lactante. Salud total de la mujer. 2001; 03 (3):140-143.
18. Serra S, J, Bellver P. Manejo de la hipertensa crónica gestante. Salud total de la mujer 2001; 2 (3); 165-169.
19. Villanueva E. Collado P S. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia 2007
20. United States, Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005
21. Sanchez v. Bello VM. Enfermedad del embarazo 2005; 3(6); 198-200.

22. Garcia LM, Lopez MJ. Respuesta inflamatoria sistémica: definiciones, marcadores inflamatorios y posibilidades terapéuticas. *Medicina Intensiva* 2000;1 24(8): 361-370.
23. Cruz GJ, Alvarenga A M E, Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas en el segundo nivel.
24. Fernandez V. Farmacología. Editorial Trillas. 2004.
- 25 Biblioteca de salud reproductiva de la OMS.
27. Veloz MG, Cruz EL, Frecuencia del síndrome anémico en pacientes obstétricas complicadas. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):537-41.
28. . Yomayusa N, A H. Infección de la vía urinaria inferior. Guías para manejo de urgencias. [en línea] 2004[fecha de acceso 15 de noviembre de 2005] URL. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Procesos_infecciosos/Infeccion_de_la_via_urinaria_inferior.pdf
29. Alvarez GL, Cruz E.J. Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica. *Revista de la VIa cátedra de medicina* 2006 ; 155 (marzo): 20-23.
30. Linda O, E MD. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med* 2006;355:1244-52
31. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, CDC 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-11);49-56.
32. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, Suppressive antibacterial therapy with 0,75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1283-9.
33. Smaill F. Tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática del embarazo (Revisión Cochrane). In: *La Cochrane Library Plus*, Número 2, 2002. Oxford: Update Software
34. Overview of genital candidiasis, bacterial vaginosis, and trichomoniasis.

www.bmj.com/cgi/content/full/328/7450/1251/DC1.22.www.fisterra.com/guias2/vagininitis.asp

35. Molina S, M. Martínez G. A. Impacto en la educación materna 2001

36 Gómariz M, Vicente D, Pérez T. E. Infecciones urinarias no complicadas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [en línea] 1998 [fecha de acceso 10 de diciembre de 2005]; 22 (6). URL. Disponible en:<http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/urnnarias.pdf>

37 Guía de Práctica Clínica. Atención prenatal IMSS. 2008

ANEXOS.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

		1 consulta	2 consulta	3 consulta	4 consulta	5 consulta
Folio.						
Afiliación.						
Edad materna.						
Semanas de gestación.						
gesta						
partos						
abortos						
cesárea						
Hijos vivos						
escolaridad						
FUM						
Patologías Asociadas Cual	0 no 1 si					
Sx vasculoespasmódico	0 no 1 si					

Edema						
Tensión arterial						
Sintomatología urinaria						
IVU Confirmado						
Tratamiento de IVU						
Síntomas Cervicovaginales						
Exudado vaginal						
Tratamiento De cervicovaginitis						
Riesgo obstétrico						
glicemia Hemoglobina						
EGO						
Urocultivo						
VDRL						
Grupo y Rh						
Ultrasonido						
Total de consultas						
Envió a EMI						

Toxoide Tetànico						
Papanicolaul						
Dental						
Trabajo Mèdico Social						
Ínter consultas a obstetricia						
Resolución de embarazo						

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

***CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION DE
PROYECTO DE INVESTIGACION***

LUGAR Y FECHA:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto investigación titulada:
Perfil del control prenatal en mujeres embarazadas en una Unidad de primer nivel de atención. El Objetivo del estudio es: Determinar las características del control prenatal en mujeres embarazadas que acuden a la unidad de medicina familiar número 20

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran acabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el protocolo modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento .
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las prestaciones y 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 Paciente

Nombre, firma, matricula del Investigador

Testigos