



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

**“APLICACIÓN DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN LA ATENCION
PRENATAL Y TRIMESTRE FRECUENTE DEL CONTROL PRENATAL EN LA
CLINICA DE LOS REYES LA PAZ”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. UGALDE RUIZ EDUARDO

2015

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO



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.

**APLICACIÓN DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN LA
ATENCION PRENATAL Y TRIMESTRE FRECUENTE DEL
CONTROL PRENATAL EN LA CLINICA DE LOS REYES LA PAZ**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. UGALDE RUIZ EDUARDO

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

DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO Y MEDICO FAMILIAR
EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. LOZANO MARTINEZ RICARDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CENTRO MEDICO ECATEPEC

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ING. JOANNA P. GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA
EN SALUD

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO 2015

**APLICACIÓN DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA EN LA
ATENCION PRENATAL Y TRIMESTRE FRECUENTE DEL
CONTROL PRENATAL EN LA CLINICA DE LOS REYES LA PAZ**

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

PRESENTA:

DR. UGALDE RUIZ EDUARDO

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE.

1. MARCO TEORICO.....	1
1.1 Antecedentes.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
3. JUSTIFICACION.....	31
4. OBJETIVOS.....	32
4.1 Generales.....	32
4.2 Específicos.....	32
5. MATERIAL Y METODOS.....	32
5.1 Tipo de estudio.....	32
5.2 Población, lugar y Tiempo de estudio.....	32
5.3 Muestra.....	32
5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	32
5.5 Variables.....	33
5.6 Instrumento para recolección de datos.....	34
5.7 Método de recolección.....	36
5.8 Recursos Humanos.....	36
5.9 Recursos Materiales.....	36

5.10 Recursos Financieros.....	37
5.11 Análisis de la Información.....	37
6. CONSIDERACIONES ETICAS.....	38
7. RESULTADOS.....	41
8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	46
9. CONCLUSION.....	48
10.BIBLIOGRAFIA.....	49
11.ANEXOS.....	51

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes.

La finalidad de contar con una guía de práctica clínica o bien de una norma oficial, es para establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esto pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre atención prenatal. Todo esto para propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales. Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. ^{2,10}

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos latinoamericanos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas para lograr el objetivo de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más. Este objetivo consiste en mejorar la salud materna, y para ello se establecieron dos metas, que son: disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la Razón de Muerte Materna y la mortalidad neonatal a 15%, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.⁹

El objetivo del Programa Nacional de Salud es reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, y para lograr este objetivo, se estableció la meta de disminuir a la mitad la Razón de Mortalidad Materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y disminuir 40% la mortalidad infantil de niños menores de un año y menos, por cada 1,000 nacidos vivos. En este mismo sentido, la estrategia que incluye trabajo comunitario, para lograr esta meta, es el fortalecimiento e integración de acciones de promoción a la salud, y prevención y control de enfermedades, mediante las siguientes líneas de acción: fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal, promoción de la salud sexual y reproductiva responsable e impulsar una política integral de prevención y atención de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde la etapa perinatal.^{6, 12}

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su normatividad, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir las disparidades sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan aspectos relevantes enfocados a la prevención de la mortalidad materna mediante intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio. Durante la gestación, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal desde las primeras 12 semanas de embarazo con la finalidad de identificar factores de riesgo en forma oportuna para iniciar tratamiento o traslado a unidades de atención a la emergencia obstétrica; la detección oportuna de diabetes gestacional mediante tamices basados en la evidencia científica, impactarán en el crecimiento y desarrollo del feto y mejorará también el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. Se promueve también la adecuada nutrición, la prescripción de hierro, ácido fólico, y en otro sentido, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir los defectos y el peso bajo al nacimiento.^{1, 15}

Se puntualizan las acciones a cumplir en cada consulta, y que éstas deban realizarse meticulosamente con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la atención prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles complicaciones en una fase temprana y, por lo tanto, a la solución médica o quirúrgica más indicada, con mínimas secuelas y con una evolución satisfactoria.¹⁰

Concepto

El Control Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.^{13, 16}

De esta forma, se podría controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y una de las principales causas de muerte de la mujer joven (mortalidad materna).¹³ La guía de atención oportuna de Control Prenatal hace referencia en su definición de todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.²

Y ese es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básicos:

- 1) Precoz o temprano: el control deberá iniciárselo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

- 2) Periódico o continuo: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.
- 3) Completo o integral: los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4) Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de la población controlado sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.^{10,13}

Aspectos históricos de la atención en el embarazo

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo.

La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentran escritos.³

Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, y al término de ésta, se organizaba una reunión, en donde un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva.³

El anciano se dirigía a la joven preñada con palabras tiernas y después a ambos esposos, aconsejándoles de como deberían comportarse.

A los 7 u 8 meses volvían a reunirse en casa de los padres de la joven para comer y beber, con el fin de conocer a la partera que había de intervenir en el parto. Se escogía a una pariente del joven para encargarse del parto a quien la partera comentaba haciendo ver que ella aunque médico y partera no sabía si su conocimiento era suficiente para traer al mundo al nuevo ser.³

Acto seguido calentaba el temazcal y lo colocaba en el vientre de la joven para ver en que posición venía el niño y le daba indicaciones; que no ingeriera mucha sal o estuviera cerca del fuego, que no durmiera de día para que no sacara la cara deforme; que no viera rojo, para que no naciera de lado, que no ayunara ni comiera tierra.³

La Tlamatquiticitl, era la partera entre los aztecas, tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud.⁵

Los habitantes del México antiguo en términos generales, concebían a la enfermedad como un fenómeno dual, dependiente del propio individuo y de las influencias metafísicas y físicas del medio en que habitaba, Como parte de esas creencias tenemos a la diosa del maíz, de la medicina y de las hierbas medicinales (Centeotl).³

Esta influencia metafísica se observaba también entre los nahuas. Los niños que morían se consideraban que eran amados de dios, quien les daba por residencia la casa de “Tonacatecutli”, y si el fallecimiento acaecía en los primeros meses de vida, cuando los infantes aún mamaban, iban a la primera mansión celestial, “chichihaucauco”, de cuyas frondosas ramas goteaba leche que les servía de alimento. También existía la creencia de que las mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaba en diosas.³

En la época colonial (siglo XVI), la cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y de sexualidad. En esta época hubo múltiples protestas contra la abolición de la poligamia y la practica del matrimonio entre indígenas de corta edad. Partos, abortos e infanticidios, se registra en varias regiones como en Michoacán. En el occidente de México, Lebrón de Quiñones nos dice que a las mujeres indígenas se les prohibía procrear

o buscaban el aborto para asegurar la rápida desaparición de la tribu. Es por esto que el decrecimiento de la población y la definición formal de la vida colonial aparecían relacionados.³

En la época postcolonial en México, la atención del embarazo tuvo su propia regulación, uno de los primeros aspectos fue el establecimiento del protomedicato en 1628 quienes tenían las atribuciones de examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía y disponía de cartillas para los sangrados y parteras.³

Por otra parte la enseñanza médica la inició Don José García (1760) donde incluía algo de Gineco-obstetricia, aunque formalmente como cátedra surgió hasta 1833 con el Dr. Pedro Villar impartíendola en el 5to año de la carrera de Medicina en la ciudad de México.³

En Guadalajara, el Dr. Pablo Gutiérrez, a su regreso de estudiar en Francia (1837) instauró la cátedra de obstetricia en la carrera de Medicina, pero esta se llevaría a cabo en el Hospital de Belén en 1839, durante el sexto año de carrera. Es hasta 1873 cuando se emitió el decreto 345 en el Estado en donde establece que se daría la clínica de partos por la asignatura de obstetricia y se estableció una sala de maternidad.³

Cuando se produjo el establecimiento de Ciencias Médicas, en 1887, como se denominaba a la Facultad de Medicina en la ciudad de México, ya se contaba con la obra del Dr. Rodríguez llamado “El arte de los Partos”, el Dr. Raúl Lucio Nájera escribió también público “Breves Consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades.”³

El Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, en 1924 presentó a la Academia Nacional de Medicina el tema “La mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios, es el primer mexicano que incorpora el termino prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne en los programas de higiene pública.”³

Antecedentes epidemiológicos

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como “la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días

siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁶

En los países en desarrollo, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Más de 1400 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, que cada año suman aproximadamente 536 000.⁶

Panorama mundial

Cada año se embarazan casi 175 millones de mujeres,⁶ de las cuales 585 000 mueren por razones relacionadas con el embarazo.⁷ Al menos siete millones de mujeres padecen graves problemas de salud y 50 millones sufren algún trastorno de salud después del parto. En los países en desarrollo, anualmente se practican alrededor de 20 millones de abortos en malas condiciones y pierden la vida aproximadamente 70 000 mujeres; 13 % de estas defunciones se deriva de complicaciones de la maternidad.⁶

La mortalidad materna tiene sus orígenes en causas prevenibles como la pobreza, la falta de acceso a los servicios, la discriminación y la falta de educación sexual y reproductiva. Por esta razón, las regiones con las cifras más alarmantes son África, el sur de Asia, América Latina y el Caribe.⁶

En los países desarrollados, las mujeres corren menos riesgo de perder la vida por causas relacionadas con el embarazo, debido al acceso a servicios de salud de calidad y al adecuado control prenatal, por lo que solo 1 % del total de las muertes maternas se relacionan con el embarazo, mientras que en los países en desarrollo representan 99 %. Por estas razones, la mortalidad materna se ha considerado un indicador mundial para medir las desigualdades sociales y la discriminación hacia la mujer.

La razón de las muertes maternas en América Latina es de 190 por 100 000 nacidos vivos. El porcentaje de mujeres que acuden a recibir cuidado prenatal, por lo menos una vez durante su embarazo, es de 63 % en África, 65 % en Asia y 73 % en América Latina y el Caribe.

Anualmente, 60 millones de mujeres tienen partos con ayuda de una partera tradicional no capacitada, de un miembro de su familia o, incluso, sin ayuda. Las principales causas de la muerte materna son las siguientes: hemorragia, sepsis puerperal, enfermedad hipertensiva del embarazo y aborto incompleto. Estas causas varían de un país a otro en cuanto a porcentajes, pero en general aparecen en la mayoría de los informes y certificados de defunción.⁶

Panorama en México

En México se menciona que en el 2010 que el total de mujeres de 15 años o más, 71.6% han tenido al menos un hijo nacido vivo. En 2010, la preeclampsia es la principal complicación de emergencia obstétrica en las mujeres de 15 a 49 años (52.3%). En el ámbito mundial, nuestro país ocupa el lugar 70 en defunciones por muerte materna, no obstante, la cifra promedio enmascara desigualdades regionales, ya que los estados de la República más pobres, como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, tienen las tasas más altas de mortalidad materna.⁵

En años recientes, México ha reportado en promedio 1100 defunciones maternas por año, con una razón de 56 defunciones por 100 000 nacidos vivos. Si se tiene en cuenta que para el año 2015 el compromiso es reducirla en tres cuartas partes, México debe lograr una razón de muerte materna de 22.5 defunciones por 100 000 nacidos vivos, es decir, en el año 2015 solo deberían ocurrir aproximadamente 560 defunciones maternas. Sin embargo, al igual que en otros países en desarrollo, hasta el momento la reducción ha sido tan solo de 1.5 %¹⁴.

En 2010 ocurrieron 1243 muertes maternas, cuando de acuerdo con las tendencias observadas se esperaban 1032 defunciones, es decir, acontecieron 211 más de las esperadas. El aumento en la mortalidad se asoció con la alta

mortalidad de mujeres embarazadas que cursaron con influenza A H1N1, conforme un análisis de la mortalidad en la semana epidemiológica 52 de 2010 y un estudio epidemiológico de las muertes maternas realizado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.⁸

En 2010 se identificaron 184 defunciones por neumonía en las mujeres embarazadas, de las cuales se confirmaron 89 casos de influenza A H1N1 y 95, según el certificado de defunción, correspondieron a neumonía bacteriana, neumonía atípica, influenza estacional o influenza no especificada. Dado que en muchas de ellas se sospechó que se trataba de influenza A H1N1, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió recomendaciones para su prevención.⁸

La mortalidad materna en México comparte características con la observada en el mundo en desarrollo: en su mayoría es obstétrica directa, es decir, está originada por padecimientos prevenibles, se vincula con la insuficiente educación de la población para el uso oportuno de los servicios médicos y se agrava por la limitada accesibilidad de algunos sectores de la población a la atención obstétrica moderna y de calidad.

El problema del sub-registro afecta también a nuestro país. Algunas investigaciones en zonas urbanas han llegado a la misma conclusión de estudios internacionales: información oficial puede presentar un Sub-registro de hasta 50%.⁸

La Organización Panamericana de la Salud ha hecho énfasis en que las mujeres tengan acceso a atención calificada en el parto, se mejore la cobertura y calidad en la atención y se promueva su empoderamiento, para que puedan ser capaces de decidir sobre sus derechos y, en particular, sobre su salud sexual y reproductiva.

En México, como respuesta a estas recomendaciones, se ha lanzado una estrategia integral para reducir las muertes maternas mediante el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, la accesibilidad a estos y la participación

comunitaria en interacción con la red de los servicios de salud. Se estableció el compromiso de brindar atención a toda mujer embarazada con una urgencia obstétrica, independientemente de su afiliación o derechohabencia.

Los propósitos centrales incluyen fortalecer la planificación familiar para disminuir de 25 a 35 % la mortalidad materna.²

CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL.

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno-fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.⁵

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.^{5, 8}

c) 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.

CONSULTAS DE ATENCION PRENATAL

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.

En vista de esto, existen diversos esquemas de visitas o atención prenatales que señalan las acciones que deben de hacerse y el número de visitas a realizar; sin embargo, el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud, es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y el producto.^{5,9}

La Norma Oficial Mexicana -NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:¹⁰

Primera visita en el primer trimestre

Segunda visita: de la 22 a la 24 semana

Tercera visita: de la 27 a la 29 semana

Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana

Última visita: de la 38 a la 40 semana.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

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.^{5,11}

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).

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

- 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.

- 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.

- 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 semiflexionadas.

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. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.¹⁰

- 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. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%.

- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION 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.¹⁰

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 en su área laboral una reubicación 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

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:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Otras evidencias y recomendaciones, como opción de seguimiento y conducta médica a seguir es la utilización de la Guía de práctica clínica de Control prenatal con enfoque de riesgo.

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.²

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.²

Una de las prioridades de los cuidados prenatales es capacitar a las mujeres para que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a que exámenes será sometida y donde se atenderá el parto. Se le debe ofrecer información basada en la evidencia durante su capacitación para la toma de decisión informada respecto a sus cuidados. La información debe incluir detalles de donde y quién le dará la atención prenatal. La decisión de la mujer embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.

Muchos programas de cuidados prenatales se basan en sistemas formales de calificación de riesgo obstétrico intentando detectar condiciones que aumentan la probabilidad de resultados adversos de la gestación. Desafortunadamente ninguno de estos sistemas ha probado ser efectivo; solo del 10 al 30% de las pacientes identificadas como “de alto riesgo” realmente presentan resultados adversos.

Es entonces que la primera consulta, debe ser lo más temprano posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a descartar y tratar padecimientos subyacentes. Ante la dificultad de predecir los resultados adversos del embarazo es necesario establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencia que se puedan presentar durante el embarazo.²

Primer consulta prenatal.

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo.

Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes.

Como se menciona anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnosticar el embarazo, particularmente si se presenta antes de las 12sdg, hacer la valoración inicial.

Acciones:

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12sdg) refiriendo amenorrea, será necesario que realizar la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.
2. Si confirma el embarazo, determina la Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.
3. Realizar la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal de la gestante.
4. Llevar a cabo la exploración física
5. Efectúa la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12sdg: realizar la Medición de la Altura uterina y percentil de la misma. Si el feto es mayor a 22sdg, además de la altura uterina, determina: La situación, posición y presentación fetal (dependerá de las semanas de gestación), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetales.

6. Valorar el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto. Existen diferentes sistemas de evaluación de riesgo perinatal.

7. Solicita los Exámenes complementarios de rutina: Grupo sanguíneo y factor Rh, Biometría hemática completa, Química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 sdg), examen general de orina y VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Es una prueba de laboratorio en sangre, que identifica la presencia de anticuerpos contra el *Treponema Pallidum*, bacteria responsable de la sífilis). Y recientemente por indicación oficial se solicita previo consentimiento prueba de Elisa, para VIH.

Acciones a realizar: Es necesario que se proporcione suplementación con hierro: En gran parte de nuestra población, la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental.

También debes de llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo (13 sdg). La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg.^{2,10}

Enseña a la mujer acerca de su alimentación, la cual deberá ser:

- **Completa:** es decir que contenga alimentos de los tres grupos: 1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; y 3. productos de origen animal y leguminosas.

- **Variada:** deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.

- **Equilibrada:** que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.
- **Inocua:** que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud, que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno.
- **Suficiente:** que aporte la cantidad de energía y nutrimentos de acuerdo a sus necesidades, sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.
- **Adecuada:** acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Como una guía de ayuda, utiliza el “Plato del bien Comer”.

En cuanto a la actividad física prenatal: Se propone que se realice caminata tres veces a la semana durante 30 minutos.

En la actividad Sexual: Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro. Enfatizar el uso de preservativo para disminuir el riesgo de adquirir VIH o una ITS.^{2,10}

Mantener una postura física en la vida diaria con la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera, así se mantiene la columna vertebral derecha. Al levantar algún objeto no doblar por la cintura, sino doblar las caderas y las rodillas, y levantarse con las piernas. Por último, programar la siguiente consulta prenatal.

Segunda consulta Prenatal

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma, en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Si ya se ha corroborado el embarazo, calcular su Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el postparto, por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.0 a 1.5 KG / mes.

2. Valorar la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbi – mortalidad materna, es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia.

Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20sdg una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de preeclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes, si la presión sistólica es de 30mm/Hg o más y la diastólica de 15mm/Hg o más, a la basal, puede indicar la presencia de preeclampsia.

3. Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20sdg.

4. Medir la Altura del fondo Uterino. Esta te permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.

5. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF). Esta se podrá auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación.

6. Revisa los exámenes de laboratorio Grupo y Rh. Si la mujer fuera RH negativo, referir para que se le realice la prueba de Coombs indirecta. En el caso de que no estuviera sensibilizada, se realizará profilaxis anti-D a las 28 semanas.

- Valorar la Hemoglobina (Hb). Una Hb menor a 11, será considerada como anemia.
- Valorar la química sanguínea, en cuando a los niveles de glucemia basales de la paciente.
- Revisar los resultados del Examen General de Orina: Se tendrá que descartar la posibilidad de infección de vías urinarias. En caso de que se identifique hipertensión arterial, se debera de realizar una cuantificación de proteínas con tira reactiva.
- A través del VDRL, descartar la posibilidad de Sífilis.

Se hace énfasis en este punto el hecho de no solo transcribir los resultados de laboratorios obtenidos, es imprescindible que se analicen y se comenten los resultados que concluyan en determinar el riesgo obstétrico que presenta la paciente.

Intervenciones:

1. Continúa con la administrando hierro.

2. Continúa con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.

4. Administra la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas, sólo indica una dosis de refuerzo a las 25 semanas.

5. Programa y registra la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 sdg.

Tercera Consulta Prenatal

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29, y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial
3. Realiza las Maniobras de Leopold, y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
4. Medir la altura uterina
5. Valorar por palpación los movimientos fetales
6. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
7. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

Intervenciones:

1. Continuar con la administrando hierro.
3. Llevar las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
4. La preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
5. Administra la segunda dosis de toxoide tetánico. Se fuera necesario.

1.4.4. Cuarta Consulta Prenatal

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtén las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial
3. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que se ubique con claridad la situación, posición y presentación fetal, ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
5. Valorar la frecuencia cardiaca fetal
6. Valorar por palpación los movimientos fetales
7. Revisar la Biometría Hemática y el Examen General de Orina
8. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma

9. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
10. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.
11. Promover la utilización de un Método de planificación posterior al parto.

Intervenciones:

1. Continuar con la administrando hiero.
2. Continuar con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
3. Iniciar con ellos la integración de un plan de nacimiento, el cual consiste en tomar decisiones acerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.
4. Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto.

Quinta Consulta Prenatal

La quinta y ultima visita se ubicará entre las semanas 38 a la 40 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 30 minutos.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valorar el peso materno
2. Valorar la presión arterial

3. Realiza las Maniobras de Leopold. Es importante que se ubique con claridad la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación, ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Medir la altura uterina
5. Valorar la frecuencia cardiaca fetal
6. Valorar por palpación los movimientos fetales.
7. Valorar la pelvis (pelvimetría clínica), si se presentara dudas, solicitar la valoración por otro profesional. (Enfermera Especialista Perinatal o un Médico Gineco – Obstetra).
8. Revisar los resultados de la Biometría Hemática y Examen General de Orina.
9. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma
10. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
11. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

Aunque se ha presentado una propuesta de actuación e intervención para cada consulta prenatal, estas tendrás que adaptarlas a las circunstancias y necesidades de cada paciente.

Control Prenatal tardío

El Control Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, ya establecidas como se plantea en este trabajo, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.¹⁻³

De esta forma, se podría controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y una de las principales causas de muerte de la mujer joven.⁴

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básicos:

Precoz o temprano: Debe iniciarse lo mas temprano posible, que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

Periódico o continuo: La frecuencia de los controles prenatales varia según el riesgo que exhibe la embarazada pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.

Completo o integral: los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso o de amplia cobertura: Sólo en la medida en que el porcentaje de la población controlado sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi- mortalidad materna y perinatal.

Extenso o de amplia cobertura: En nuestro país el 80% de los partos ocurre en instituciones asistenciales; sin embargo, tanto la precocidad como la calidad de los controles que las mujeres realizan distan de ser los adecuados.

Entre los factores de riesgo en el embarazo debemos mencionar la prevención de las distintas infecciones, tanto las de transmisión sexual como el VIH, la hepatitis B o la sífilis, como las que se transmiten por otras vías tales como la rubéola, la toxoplasmosis, el citomegalovirus, el tétanos, Chagas o las infecciones bucodentales, poniendo énfasis en el control de

enfermedades crónicas que representan entre el 15% y el 20% de todas las patologías de las embarazadas tales como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, anemia, patología uterina y carcinoma de mama. A esto debe agregarse la prevención para reducir malformaciones congénitas, especialmente los defectos del cierre del tubo neural, mediante la suplementación con ácido fólico.

En un estudio referente al por qué del control tardío en la atención del embarazo informaron que los motivos presentados por las embarazadas que no iniciaron precozmente su control prenatal fueron por: 1) razones económicas; 2) trabajan; 3) tienen que atender a otros hijos y 4) desconocimiento de la importancia del control prenatal. Sin embargo, en esta encuesta se puso en evidencia que la principal causa fueron barreras en el sistema de salud, ya que el 33% de las mujeres no consiguieron turno o bien a las largas horas de espera por lo cual deciden no esperar.

En un estudio en México sobre la atención prenatal de médicos familiares, arrojó que existió un porcentaje alto de embarazadas que acudieron en etapas finales del embarazo o en una sola ocasión, acto que limitó la atención de manera adecuada. Además se encontraron diferencias en las actividades prenatales realizadas entre dos grupos de embarazadas, ya que se compararon, un grupo que acudió a atención precoz y el otro grupo a etapa avanzada del embarazo, con una tendencia meritoria hacia el grupo que acudió de manera precoz, lo que confirma la hipótesis de que entre más temprano se realice el control prenatal mejor será la posibilidad de brindar un adecuada atención, con todas las posibilidades éxito en la conclusión del embarazo, mejorando así el bienestar materno-infantil.

Por lo cual resulta adecuado seguir educando a las mujeres adolescentes, en edad fértil y pacientes que planean un embarazo, además de respaldarse en la familia como red de apoyo.

Y se debe dar la importancia que merece la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, estas acciones sin duda, fortalecerán la continuidad de la atención esencia de la medicina familiar. Es un hecho de que la atención de la embarazada normal se puede llevar con seguridad, eficacia y eficiencia en el primer nivel de atención; siempre y cuando se consideren los criterios normados para la atención prenatal.

Instrumento de evaluación

El Instituto Mexicano del Seguro Social por parte de su coordinación delegacional de salud reproductiva, creo y avalo una cedula de evaluación de aplicación de la guía de vigilancia prenatal; consistente en 4 secciones y a su vez con un total de 39 reactivos. En la primera sección consiste en evaluar la edad gestacional en que se presenta a la primera consulta, de acuerdo a las semanas de gestación (SDG). La segunda sección se considera los puntos de abordajes durante la primer consulta, como es; historia clínica, antecedentes ginecoobstetricos, peso previo al embarazo, peso, talla, temperatura, cifras de tensión arterial y tensión arterial media (TAM), congruencia del registro de la altura del fondo uterino de acuerdo a la edad gestacional, congruencia del registro de la frecuencia cardiaca fetal con las semanas de gestación (120-150 a partir de 25 SDG), congruencia de con el registro de la presencia de movimientos fetales, con las semanas de gestación (20 SDG en multigesta y 24 en primigesta), presencia o no de edema, presencia de síndrome vasculoespasmódico (tinitus, alteraciones de la conciencia, diplopía, visión borrosa y acufeno) la indicación de realizar ejercicio, presencia de o no de perdidas trasvaginales, él envió a laboratorio para realizar los exámenes correspondientes (BHC, Glucosa, EGO, VDRL, grupo sanguíneo, y RH, Elisa para VIH en mujeres de alto riesgo), indicación de oligoelementos en base al consumo de hierro y ácido fólico, realizar el envió a medicina preventiva especifica de vacunación correspondiente, envió a trabajo social y estomatología, realizar la valoración del riesgo obstétrico de acuerdo a la normatividad, haber informado cuales y como se identifican los signos de alarma, presencia de sintomatología urinaria y medicación de acuerdo a la guía clínica, presencia de vaginitis y

medicación de acuerdo a la guía clínica, por ultimo citar al derechohabiente entre los 7 a 10 días posteriores a su primer consulta.

En el tercer sección consistente en la atención de la segunda consulta, y hace referencia a: interpretación de los resultados de laboratorios, peso corporal y temperatura, interpretación del peso corporal, cifras de tensión arterial, envió a 2do nivel si es un embarazo de alto riesgo, actualizar valoración de riesgo obstétrico.

En la última y cuarta sección considerada como consultas subsecuentes se toma en cuenta: realización de urocultivo entre la semana 12 a 16 sin presencia de sintomatología urinaria, interpretación de resultados de laboratorio con relación a las semanas de gestación, identificando o no presencia de complicaciones, aplicación de la segunda dosis de toxoide tetánico, actualizar la valoración de riesgo obstétrico, promover a partir del 2do semestre del embarazo la aceptación de un método de planificación familiar post evento obstétrico, informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna y por ultimo; signos y síntomas de alarma que indiquen la presencia de trabajo de parto o alguna complicación del embarazo a partir de la semana 34 .

Todo estos ítems se realiza el registro correspondiente con semanas de gestación en la primera sección, y en las subsecuentes con un palomeo de si o no según corresponda, realizando el registro con un SI al llevarse a cabo y un NO si este no está registrado en el expediente. Al evaluarse en la primera consulta corresponderá a un 10 si se encuentran los 25 puntos, a un 9 si están máximo 24 a 22 puntos, con un 8 si están registrados de 21 a 18 puntos, y menor a esto, se considera no competente, en el caso de evaluarse el total de ítems 39 en su totalidad, el 10 corresponderá a los 39 ítems, con 9 de 38 a 35 ítems, y con 8 de 34 a 30 ítems, menor a esto se considera no competente.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación.^{1,2} Para esto el programa de atención prenatal, normado en México, es mediante los lineamientos en base a la norma oficial mexicana atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y/o la guía de práctica clínica, denominada control prenatal con enfoque de riesgos, en la cual las recomendaciones y evidencias demuestran que con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.¹⁴

En el ISSEMyM en un periodo correspondiente de enero 2010 a diciembre del 2010 se otorgó un total de 53,231 consultas prenatales, tanto de primera vez como subsecuentes, y de estos solo de la región III correspondiente a la Ciudad de Nezahualcóyotl le correspondió a un total de 4,328 y ocupa el 7to lugar dentro de las principales causas de demanda de atención medica. En cuanto a las complicaciones del embarazo que se han registrado en el instituto del ISSEMyM, se encuentran pre eclampsia-eclampsia, hemorragias del embarazo, abortos y sepsis puerperal que han condicionado prematuridad, muerte materna y neonatal. Y no existe hasta la fecha una evaluación de la correcta aplicación de la guía de práctica clínica en las unidades de primer nivel de atención en el ISSEMyM. Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cual es la aplicación de la guía clínico terapéutica en la atención prenatal y frecuencia del inicio de control prenatal en la unidad medica de los Reyes la Paz?

3 JUSTIFICACION

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. 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.

Y es conforme a las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud a nivel nacional contemplar a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, que permiten instrumentar a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, y la finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Propiciando la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, con el propósito de aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales.

En ISSEMyM aun cuando existe un programa de valoración prenatal con enfoque de riesgo y son conocidos los indicativos en cada una de las unidades, hasta el momento no hay una cedula de evaluación que permitan visualizar la aplicación de estos indicativos en forma correcta, por lo cual es la importancia de este trabajo al realizar la aplicación de una cedula de evaluación y poder observar la aplicación de la guía de control prenatal con enfoque de riesgo en la Clínica de consulta externa de Medicina Familiar ISSEMyM Los reyes.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar si se realiza la aplicación de la Guía clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar Los Reyes ISSEMYM.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

5.- MATERIAL Y METODOS

5.1 Tipo de estudio

Es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

5.2 Población, Lugar y Tiempo.

Se llevó a cabo la revisión de 195 expedientes clínicos de pacientes que solicitaron control de embarazo que acudieron a la clínica de los Reyes La Paz Issemym, durante el periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2013.

5.3 Muestra

No Probabilística, intencional con un total de 195 expedientes al azar.

5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Criterios de Inclusión

- Mujeres derechohabientes del Issemym Los Reyes La Paz.
- Mujeres que acudieron a la Consulta de Control Prenatal
- Que llenaran previamente el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- Mujeres que no desearon participar de forma voluntaria
- Mujeres embarazadas menores de 18 años

- No llenaron en forma y tiempo el consentimiento informado

Criterios de Eliminación

- Encuestas incompletas o ilegibles.

5.5 Tipo y escala de medición de las variables. Definición conceptual

VARIABLE	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	VALORES QUE TIENEN LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA NOMINAL	TIEMPO EN AÑOS QUE HA VIVIDO UNA PERSONA	1) 18 a 25 años 2) 26 a 30 años 3) 31 a 35 años 4) Más de 35 años
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA NOMINAL	CONDICIÓN DE CADA PERSONA EN RELACIÓN A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES CIVILES	1.- SOLTERA 2.- CASADA 3.- UNIÓN LIBRE
EDAD GESTACIONAL	CUALITATIVA NOMINAL	TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE LA CONCEPCIÓN Y EL NACIMIENTO, SE MIDE EN SEMANAS, DESDE EL PRIMER DÍA DEL ÚLTIMO CICLO MENSTRUAL DE LA MUJER HASTA LA FECHA ACTUAL.	1) 8 a 12 semanas 2) 13 a 24 semanas 3) 25 a 36 semanas 4) Más de 36 semana
HISTORIA CLINICA	CUALITATIVA ORDINAL	DOCUMENTO MÉDICO-LEGAL QUE SURGE DEL CONTACTO ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD (MÉDICO, PODÓLOGO, PSICÓLOGO, ASISTENTE SOCIAL, ENFERMERO, ODONTÓLOGO) Y EL PACIENTE DONDE SE RECOGE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA CORRECTA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.	1) SI 2) NO
GUIA DE CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO	CUALITATIVA ORDINAL	ES UNA HERRAMIENTA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA QUE FACILITARA AL MÉDICO FAMILIAR Y A LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA OPORTUNOS DE LAS COMPLICACIONES EN EL CASO DEL EMBARAZO DE RIESGO ALTO Y LOS CUIDADOS Y EL SEGUIMIENTO	CEDULA DE EVALUACIÓN 1) PRIMERA CONSULTA 2) SEGUNDA CONSULTA

		PRENATAL EN EL CASO DEL EMBARAZO DE RIESGO INTERMEDIO Y BAJO.	3) CONSULTAS SUBSECUENTES
--	--	---	---------------------------

5.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se obtuvo la información a partir de la cedula de evaluación de aplicación de la guía de vigilancia prenatal avalada por parte de su coordinación delegacional de salud reproductiva del IMSS; consistente en 4 secciones y a su vez con un total de 39 reactivos. En la primera sección consiste en evaluar la edad gestacional en que se presenta a la primera consulta, de acuerdo a las semanas de gestación (SDG). La segunda sección se considera los puntos de abordajes durante la primer consulta, como es; historia clínica, antecedentes ginecoobstetricos, peso previo al embarazo, peso, talla, temperatura, cifras de tensión arterial y tensión arterial media (TAM), congruencia del registro de la altura del fondo uterino de acuerdo a la edad gestacional, congruencia del registro de la frecuencia cardiaca fetal con las semanas de gestación (120-150 a partir de 25 SDG), congruencia de con el registro de la presencia de movimientos fetales, con las semanas de gestación (20 SDG en multigesta y 24 en primigesta), presencia o no de edema, presencia de síndrome vasculoespasmódico (tinitus, alteraciones de la conciencia, diplopía, visión borrosa y acufeno) la indicación de realizar ejercicio, presencia de o no de perdidas trasvaginales, él envió a laboratorio para realizar los exámenes correspondientes (BHC, Glucosa, EGO, VDRL, grupo sanguíneo, y RH, Elisa para VIH en mujeres de alto riesgo), indicación de oligoelementos en base al consumo de hierro y ácido fólico, realizar el envió a medicina preventiva especifica de vacunación correspondiente, envió a trabajo social y estomatología, realizar la valoración del riesgo obstétrico de acuerdo a la normatividad, haber informado cuales y como se identifican los signos de alarma, presencia de sintomatología urinaria y medicación de acuerdo a la guía clínica, presencia de vaginitis y medicación de acuerdo a la guía clínica, por ultimo citar al derechohabiente entre los 7 a 10 días posteriores a su primer consulta.

En el tercer sección consistente en la atención de la segunda consulta, y hace referencia a: interpretación de los resultados de laboratorios, peso corporal y temperatura, interpretación del peso corporal, cifras de tensión arterial, envió a 2do nivel si es un embarazo de alto riesgo, actualizar valoración de riesgo obstétrico.

En la última y cuarta sección considerada como consultas subsecuentes se toma en cuenta: realización de urocultivo entre la semana 12 a 16 sin presencia de sintomatología urinaria, interpretación de resultados de laboratorio con relación a las semanas de gestación, identificando o no presencia de complicaciones, aplicación de la segunda dosis de toxoide tetánico, actualizar la valoración de riesgo obstétrico, promover a partir del 2do semestre del embarazo la aceptación de un método de planificación familiar post evento obstétrico, informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna y por ultimo; signos y síntomas de alarma que indiquen la presencia de trabajo de parto o alguna complicación del embarazo a partir de la semana 34 .

Todo estos ítems se realiza el registro correspondiente con semanas de gestación en la primera sección, y en las subsecuentes con un palomeo de si o no según corresponda, realizando el registro con un SI al llevarse a cabo y un NO si este no está registrado en el expediente. Al evaluarse en la primera consulta corresponderá a un 10 si se encuentran los 24 puntos, a un 9 si están máximo 23 a 22 puntos, con un 8 si están registrados de 21 a 18 puntos, y menor a esto, se considera no competente, en el caso de evaluarse el total de ítems 38 en su totalidad, el 10 corresponderá a los 38 ítems, con 9 de 37 a 34 ítems, y con 8 de 33 a 29 ítems, menor a esto se considera no competente.

5.7. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Previa autorización de las autoridades y personal de archivo correspondientes se llevó a cabo, dentro de las instalaciones de la Clínica de los Reyes La Paz ISSEMyM, revisión de los expedientes clínicos de mujeres que recibieron atención prenatal en la consulta externa, y posteriormente se aplicó la cedula de evaluación de control prenatal con el contenido de datos generales y de acuerdo y llenado de secciones correspondientes. Posteriormente seleccionados de acuerdo a los criterios de eliminación y exclusión, para realizar una tabulación y mediante la aplicación del programa Microsoft Excel 2010, obtención de resultados tablas y gráficas.

5.8. RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este estudio se necesito:

- Investigador principal
- Personal de Archivo

5.9. RECURSOS MATERIALES

- Computadora Lap Top portátil Hp.
- Copias de Consentimiento informado y Cedula de evaluación
- Hojas blancas tamaño carta
- Lápices y bolígrafos
- Archivo de la Clínica de Consulta externa Los reyes La Paz ISSEMyM.

5.10. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros correrán a cargo del investigador principal.

5.11. ANALISIS DE LA INFORMACION

Toda vez que se obtienen los datos almacenados en el programa Microsoft Excel 2010, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen, porcentaje y frecuencias, y de tendencia central. La información obtenida se presenta en tablas y graficas.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos,

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar

atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para

resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

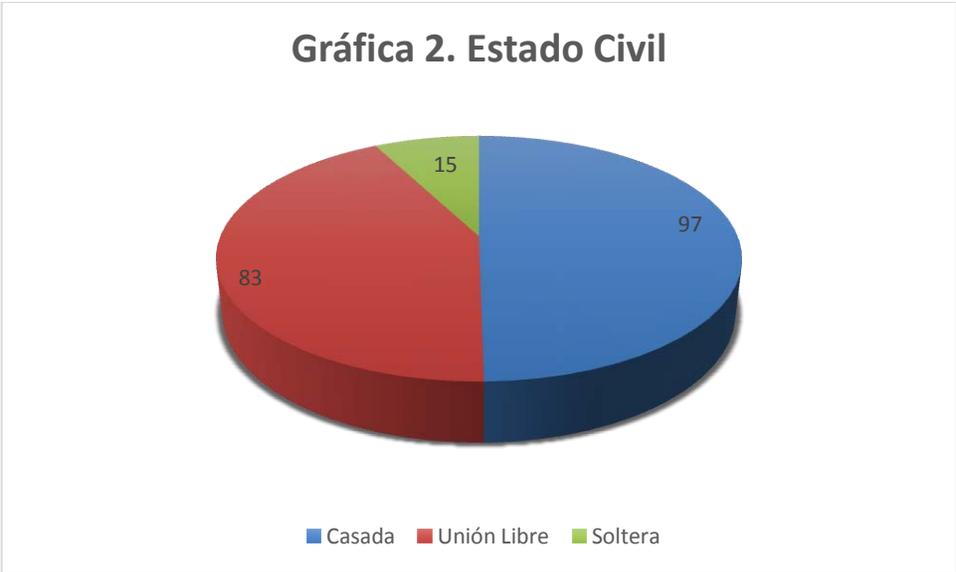
7.- RESULTADOS

Se estudiaron un total de 195 expedientes de mujeres embarazadas que acudieron a la consulta externa de la Clínica Los Reyes La Paz, durante el período del 01 de Enero al 31 de Diciembre 2013. Con respecto a la edad se dividieron en los siguientes grupos de edad; de 18 a 25 años con 48 expedientes registrados de mujeres embarazadas (24.6 %), de 26 a 30 años de edad se presentaron 75 expedientes (38.4 %), en el rango de 31 a 35 años de edad fueron 68 expedientes registrados (34.8 %) y finalmente de más de 35 años de edad solo se registraron 4 expedientes (2 %). Gráfica 1



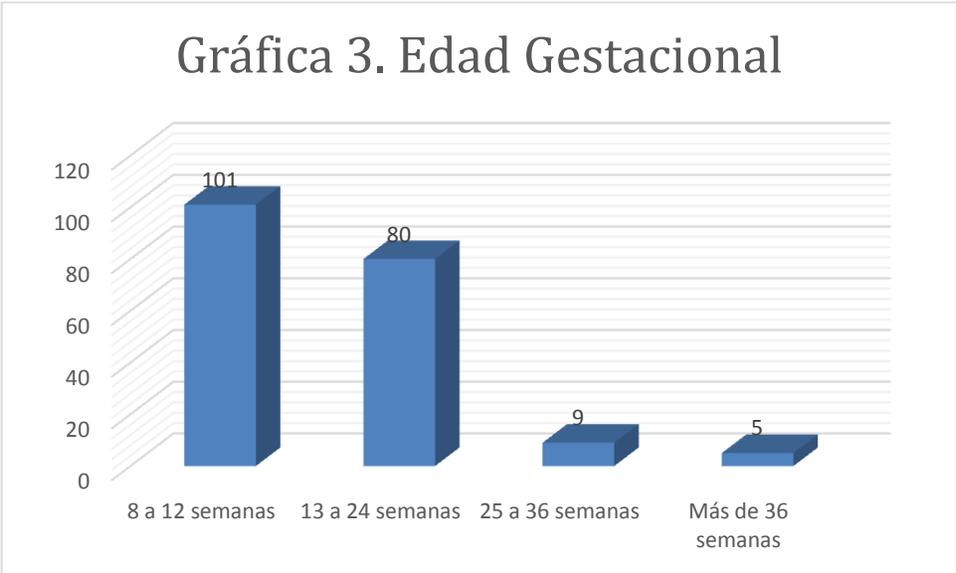
Cedula de Evaluación de la Guía Clínica de Control Prenatal

En cuanto al estado civil se encontró que 97 pacientes (49.7 %) son casadas, 83 pacientes (42.5 %) se encuentran en unión libre y solo 15 pacientes (7.7 %) son madres solteras. Gráfica 2



Cedula de Evaluación de la Guía Clínica de Control Prenatal

La revisión de expedientes de mujeres embarazadas que solicitaron atención prenatal se observó que la edad gestacional del rango de 8 a 12 semanas de gestación fueron 101 expedientes registrados (51.79 %), de 13 a 24 semanas de gestación 80 expedientes (41 %), de 25 a 36 semanas de gestación 9 expedientes (4.6 %) y por ultimo con más de 36 semanas de gestación 5 expedientes (2.6 %). Gráfica 3.



Cedula de Evaluación de la Guía Clínica de Control Prenatal

En el rubro de la primera consulta de atención prenatal, de acuerdo a la cedula de evaluación de la guía de vigilancia prenatal, está la de realización del Historia Clínica, a toda mujer embarazada, obteniendo que de los 195 expedientes, con un Si de la realización de historia clínica se registraron 20 expedientes (10.3 %), de los que No contaban con la historia clínica 175 expedientes (89.7 %). Gráfica 4



Cedula de Evaluación de la Guía Clínica de Control Prenatal

En lo observado en la evaluación de la guía de vigilancia prenatal, destaca el desconocimiento de la paciente del peso previo al embarazo en 11.8%, y el 88.2 % si identifica su peso previo al embarazo. En notas iniciales no existe congruencia de la altura del fondo uterino (FU) con la edad gestacional en el 7.2%, así como la falta de congruencia del registro de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), en el 11.3%, además es alto la presencia del médico al no indicación o sugerencia de ejercicio físico en el 82.1%, con la indicación de hierro no concuerdo con la norma de 100 mg de Fumarato ferroso VO tres veces al día en el 11.3%, y si el de la dosis de ácido fólico, sin embargo no se evalúa por separado. También se identificó que no se envía a trabajo social en el 88.2% de los casos. Y el tratamiento de primera línea para infección urinaria en el 23.1% no se apegan a la indicación de la guía de práctica clínica (GPC), se otorgan tratamientos a base de ampicilina 1 gr, cefalosporinas o incluso eritromicina, no siendo electivos de acuerdo a la GPC. Finalmente los laboratorios se solicitan, y se transcriben sin embargo no se realiza anotaciones de la interpretación de los mismos en el 100%, solo es la transcripción de los mismos, de igual forma ocurre con el peso corporal se anota en cada consulta, sin embargo en el 100% no se realiza interpretación alguna de si es adecuado o no conforme a percentiles. Tabla 1

TABLA 1. EVALUACION DE LA GUIA DE VIGILANCIA PRENATAL

Punto a Evaluar Primera Consulta	Si	No
Antecedentes Ginecoobstetricos	100%	
Peso previo al embarazo	88.2%	11.8%
Peso, talla y Temperatura	100%	
Cifra de tensión arterial	100%	
Congruencia el registro de altura del FU con edad gestacional	92.8%	7.2%
Congruencia del registro de FCF con las sdg (120-150 a partir 25 sdg)	88.7%	11.3%
Congruencia de movimientos fetales con las sdg (20 sdg multigestas y 24 sdg primigestas)	94.8%	5.2%
Presencia o no de edema	100%	
Presencia de síndrome vasculoespasmódico: tinitus, diplopía, acufenos, visión borrosa, alteraciones de la conciencia	100%	
Indicación de realización de ejercicio	17.9%	82.1%
Presencia o no de pérdidas transvaginales como: sangrado o liquido	100%	
Se envía a realización de laboratorios correspondientes	100%	
Se indica dosis normadas de hierro y ácido fólico	88.7%	11.3%
Envío a aplicación de vacuna de Td	100%	
Se envía a trabajo social	11.7%	88.2%
Se envía a dental en forma preventiva	8.7%	91.3%
Se valora riesgo de acuerdo a la normatividad	100%	
Se informa cuáles y como se identifican signos de alarma	100%	
Presencia o no de datos de infección de vías urinarias	100%	
En caso de infección urinaria, se indica los medicamentos normados	76.9%	23.1%
Presencia o no de datos de vaginitis por trichomonas y/o candida	100%	
En caso de vaginitis, se indica los medicamentos normados	92.3%	7.7%
Se cita a la paciente derechohabiente entre los 7 a 10 días posteriores	97.4%	2.6%
	Si	No
Segunda consulta		
Se interpretan los resultados de laboratorios solicitados	0%	100%
Se registra nuevamente peso corporal y temperatura	100%	
La interpretación del peso corporal	0%	100%
Se registra cifra de tensión arterial media	100%	
Se realiza envió a 2do nivel si es embarazo de alto riesgo	100%	
Se actualiza valoración del riesgo obstétrico	100%	
	Si	No
Consultas Subsecuentes		
Se realiza urocultivó entre las semanas 12 a 16 de edad gestacional	88.8%	11.2%
Interpretación de los resultados de laboratorio con relación a las semanas de gestación identificando posibles complicaciones	100%	
Aplicación de segunda dosis de Td	100%	
Se actualiza en cada consulta el riesgo obstétrico	100%	
Haber promovido a partir del 2do Trimestre del embarazo la aceptación de un método de planificación post evento obstétrico	61.5%	38.5%
Informa a la embarazada de los beneficios de la lactancia materna	42%	58%
Signos y síntomas de alarma, que indiquen presencia de trabajo de parto o alguna complicación para atención oportuna	100%	

Cedula de Evaluación de la Guía Clínica de Control Prenatal

Una vez evaluada la cedula de aplicación de la Guía de Vigilancia Prenatal en base a los criterios de que el 10 corresponderá a los 38 ítems, con 9 de calificación si esta entre 37 a 34 ítems, y con un 8 de calificación de 33 a 29

ítems, menor a esto se considera no competente. En el presente estudio se obtuvo un resultado de 28 ítems lo cual indicaría no competente para la aplicación de la GCP

8. Análisis de Resultados

El Control Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La cedula de evaluación de la aplicación de la guía de vigilancia prenatal evalúa punto a punto lo indicado en la guía en asociación con lo establecido en la norma y que para ser adecuada establece que por debajo de una calificación de 8 se considera no competente en cuando al ejercicio de la aplicación de GPC de control prenatal. Nuestro estudio se observó que el mayor número de pacientes embarazadas que asistieron a la primera consulta estaba en el primer trimestre de embarazo lo cual es conveniente ya que el control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde en el primer trimestre de la gestación para permitir la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo. En este caso difiere del estudio de Pécora Alicia, en el cual el 61% acude posterior a las 12 sdg.

Ahora bien no existe un estudio que establezca el uso adecuado de la aplicación de la Guía de Práctica Clínica en el control del embarazo lo más cercano es el estudio denominado “Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad materno-fetal”, el concluye que si se mejora la calidad de la atención por conocer el estado de salud de la madre con anticipación y la calidad de vida para el binomio madre-hijo, aun en madres adolescentes. Al identificar a tiempo los problemas infecciosos en la madre gestante se puede actuar para su resolución y con esto evitar el parto prematuro y el peso bajo del recién nacido, fenómeno que se observó con mayor frecuencia en el grupo de mal control prenatal.

De igual forma, pudiera detectarse a tiempo cualquier problema metabólico, especialmente la diabetes gestacional, para su control y posible resolución. Por lo que se observa que el control prenatal adecuado (más de cinco consultas con

inicio en el primer trimestre del embarazo) impacta en la prevención y complicaciones durante el embarazo ya que evitarla es uno de los propósitos del control prenatal. Y para ello es un hecho tener y ejercer el conocimiento clínico del adecuado control prenatal, que de acuerdo a nuestro estudio no se es competente para considerar que se lleve a cabo en adecuada, forma y que el probable sesgo de este estudio, es no haber realizado el seguimiento a la resolución del embarazo y determinar que eventos o situaciones no esperadas que se pudieron haber presentado.

9. Conclusiones

Los estudios observacionales suelen demostrar que las mujeres que reciben control prenatal la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores. Debido a este efecto de dosis-respuesta, los programas de control prenatal son cada vez más detallados y apegados a la norma oficial de tal forma que la calidad no se vea afectada por la importancia asignada a la cantidad. También se ha sugerido que quizás se puede brindar una atención más efectiva pero menos consultas "orientadas a un objetivo", especialmente centradas en los elementos del control prenatal científicamente comprobados como efectivos y que tengan un impacto sobre los resultados. Por lo que es de suma importancia facilitar el seguimiento de la gestante siendo esta una manera de mejorar la calidad de la atención prenatal. Resulta adecuado seguir educando a las mujeres adolescentes, en edad fértil y pacientes que planean un embarazo, además de respaldarse en la familia como red de apoyo.

Es conveniente insistir sobre el conocimiento de las normas oficiales mexicanas, que podrían ayudar a mantener informado a todo el equipo de salud sobre los requisitos necesarios para ejecutar satisfactoriamente un programa prioritario de salud. Además, se debería fomentar la actualización constante de todo el equipo de salud, mediante cursos frecuentes, acompañados de evaluaciones persistentes que indiquen fallas y aciertos; actividades que contribuyan a la solución de los problemas actuales de la atención médica. Las evaluaciones se deberían realizarse con la intención de identificar bases que sustenten el mejoramiento de la calidad en la atención.

Se debería dar la importancia que merece la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, estas acciones sin duda, fortalecerán la continuidad de la atención esencia de la medicina familiar. Estamos convencidos de que la atención de la embarazada normal se puede llevar con seguridad, eficacia y eficiencia en el primer nivel de atención; siempre y cuando se consideren los criterios normados para la atención prenatal.

10 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología Obstetricia no. 3. Ginecología y obstetricia. 3ª.edición. Editorial Méndez editores. 2008.
- 2.- Catalogo maestro de Guías de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Revisión 2014, Mexico.
- 3.- Casini Sergio, Sáinz Gustavo, Hertz y Elsa Adina Martín. Control de Embarazo Normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2010; 12(2): 12-18.
- 4.- Carreón Vázquez J., Mendoza Sánchez H. Factores Socioeconómicas Asociados al embarazo. Archivos en Medicina Familiar 2007; 6: 70-73.
- 5.- Fajardo-Dolci Germán, Meljem Moctezuma José, González Vicente Esther. Analisis de las muertes maternas en México. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(5): 486-95.
- 6.- Family Care International and Safe Motherhood Inter-Agency Group. La salud de las mujeres y los ODM.Nueva York: FCI; 2009.
- 7.- Herrera Julián A., M.D. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colob Med 2012; 33: 21-25.
- 8.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Salud Reproductiva. México, 2013.
- 9.- Montesano Delfín JR, Hernández A, Zapién-Moreno J, Olivares-Durán E. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47(1):109-16.
- 10.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaría de Salud, México.
- 11.- Olds, sally. Enfermería materno infantil. 4ta edición. Editorial Mac-Graw-hill - Interamericana. México. 2010.
- 12.- Pazmiño de Osorio Sonia, Guzmán Gómez Nery. Prenatal Control and its impacto on reducing maternal death. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2009; 60 (1):12-18.

- 13.- Pécora Alicia, San Martín María Emilia, Cantero Andrea. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras en el sistema de Salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2009; 27 (3): 114-119.
- 14.- Sánchez-Nuncio, Pérez-Toga Gustavo, Pérez Rodríguez Francisco. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 43(5): 377-380
- 15.- Vázquez López E. B. Boschetti Fentanes. Evaluación de la atención prenatal en grupo de Médicos Familiares de la Ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar, mayo-agosto, 2008; 7(2):21-7.
- 16.- Villar J. Carroli G. Khan-Neelofur D. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. Primera Edición. Chile: Editorial John Wiley y Sons Ltd; 2009.

11 Anexos 1

COORDINACION DELEGACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

CEDULA DE EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE VIGILANCIA PRENATAL

Nombre: _____ NSS _____ Consultorio/Turno _____ Medico Tratante _____ Fecha: _____

No	PUNTO A EVALUAR	REGISTRO REALIZADO EN EL EE	
		SI	NO
1	Edad gestacional en que se presentó a la primera consulta (semanas de gestación)		
	PRIMERA CONSULTA		
2	Se encuentra requisitada la sección de la historia clínica en la portada del EE		
	Verificar en la hoja de vigilancia prenatal el registro de :		
3	Antecedentes ginecoobstétricos		
4	Peso previo al embarazo		
5	Peso, Talla y temperatura		
6	La cifra de tensión arterial y la tensión arterial media (TAM)		
7	¿Es congruente el registro de la altura del FU de acuerdo a la edad gestacional ?		
8	¿Es congruente el registro de la FCF con las SDG? (120-150 a partir de 25 SDG)?		
9	¿Es congruente el registro de la presencia den movimientos fetales, con las SDG?(20 SDG en multigestas y 24 en primigestas)		
10	La presencia o no de edema		
11	La presencia de síndrome vasculoespasmódico: tinitus, alteraciones de la conciencia, diplopía, visión borrosa y acúfenos		
12	La indicación de realizar ejercicio		
13	Presencia o no de pérdidas transvaginales como: sangrado o líquido amniótico		
14	El envío a laboratorio para realizar los exámenes correspondientes (BHC, GLC, EGO, VDRL, grupo sanguíneo y RH cuando se desconoce y ELISA para VIH en mujeres de alto riesgo)		
15	Haber indicado las dosis normadas de hierro y ácido fólico (fumataro ferroso 100 mg VO 3 veces al día y ácido folico 4-5 mg VO 1 vez al día, desde 3 meses antes del embarazo hasta la semana 13 de gestación)		
16	El envío a Medicina Preventiva para Toxoide Tetánico		
17	El envío a Trabajo Social		
18	El envío a Estomatología Preventiva		
19	La valoración el riesgo obstétrico de acuerdo a la normatividad.		
20	Haber informado cuales son y como se identifican los signos de alarma		
21	La presencia o no de datos de infección de vías urinarias		
22	Haber indicado los medicamentos a la dosis normada en caso de IVU (confirmada con tira reactiva o urocultivo con > 100 000 colonias bacterias/ml) 1er trimestre nitrofurantoína 100 mg 2 veces al día por 7 días. 2o trimestre nitrofurantoína o TMP/SMX 160/800mg 2 veces al día por 3 días		
23	La presencia o no de datos de vaginitis por trichomonas y/o cándida		

24	Haber indicado los medicamentos a las dosis normadas en caso de vaginitis por trichomona y/o cándida. Bacterias: metronidazol 500 mg/día por 7 VV, ó metronidazol VO 500 mg 2 veces al día por 7 días a partir del 2o trimestre de embarazo. Candida: miconazol 200 mg vaginal /día por 3 ó nistatina por día por 14 días. Trichomonas: metronidazol 500 mg vaginal por día por 7 días, ó metronidazol 500 mg 2 veces al día VO por 7 días a partir del 2o. Trim. *Tratar simultáneamente a la pareja sexual.		
25	Haber citado a la derechohabiente entre los 7 a 10 días posteriores a su primera consulta.		
SEGUNDA CONSULTA (continuar con la verificación de los registros en caso de tener 2 consultas de control prenatal)			
26	La interpretación de los resultados de laboratorio (solicitados en la primer consulta)		
27	Peso corporal y temperatura en la hoja de vigilancia prenatal		
28	La interpretación del peso corporal		
29	La cifra de tensión arterial media		
30	El envío a 2o. Nivel si es un embarazo de alto riesgo		
31	Envío con la enfermera Materno infantil (EMI) en caso de embarazo de bajo riesgo.		
32	haber actualizado la valoración del riesgo obstétrico		
CONSULTAS SUBSECUENTES (continuar con la verificación de registros en caso de tener 3 o más consultas de control prenatal)			
33	Haber realizado urocultivo entre la semana 12 a 16 de edad gestacional sin presencia de sintomatología urinaria para detectar bacteriuria asintomática		
34	La interpretación de los resultados de laboratorio con relación a las semanas de edad gestacional, identificando presencia o no de complicaciones (BH y EGO entre sem 18 a 20 y en la sem 32 a 34 Glucemia entre 24-28.		
35	La aplicación de la segunda dosis de Toxoide Tetánico		
36	Haber actualizado en cada consulta la valoración del riesgo obstétrico		
37	Haber promovido a partir del 2o trimestre del embarazo la aceptación de un método de PPF post evento obstétrico, para que la pareja de forma libre e informada seleccione un método de PPF		
38	Haber informado a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna en alguna de las consultas.		
39	Signos y síntomas de alarma, que indiquen la presencia de trabajo de parto o alguna complicación del embarazo para solicitar atención oportuna a partir de la sem 34		
TOTAL			