



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
“Dr. Enrique Von Borstel Labastida” La Paz, Baja California Sur

**Nivel de conocimiento y aplicación
del control prenatal según la NOM 007
en médicos de medicina familiar**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Departamento Clínico de Educación
e Investigación Médica
H.G.Z. M.F. No. 1 LA PAZ

DR. MARTIN VALDEZ GAMBOA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

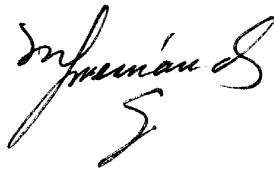
**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA NOM 007 EN MEDICOS FAMILIARES.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

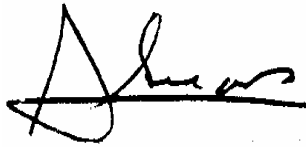
PRESENTA:

DR. MARTIN VALDEZ GAMBOA

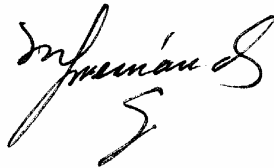
AUTORIZACIONES:



DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



DR. ADOLFO GARCÍA GONZÁLEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR.



DRA. MARTHA LAURA HERNÁNDEZ OROZCO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. JOAQUÍN MONTAÑO ULLOA
JEFE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

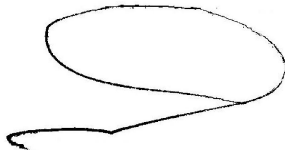
**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA NOM 007 EN MEDICOS FAMILIARES.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

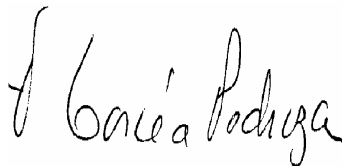
PRESENTA:

DR. MARTIN VALDEZ GAMBOA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



DR FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

2.- INDICE GENERAL

1. Título
2. Índice General.
 1. Marco teórico.
 2. Planteamiento del problema.
 3. Justificación.
 4. Objetivos.
 5. Hipótesis.
 6. Metodología.
 - 8.1 Tipo de estudio.
 - 8.2 Población.
 - 8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.
 - 8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
 - 8.5 Información a recolectar (variables).
 - 8.6 Método o procedimiento para captar la información.
 - 8.7 Consideraciones éticas.
 9. Resultados.
 10. Discusión.
 11. Conclusiones.
 12. Referencias bibliográficas.
 13. Anexos.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Rosalba y Casimiro

A mi familia por el apoyo incondicional y el apoyo moral, a mi esposa Matilde

A mis hijos Martin Anetzy Maribel y Ana Carolina

A mis Maestros por su apoyo y comprensión: Dra. Martha Laura Hernández Orozco

Dra. Haydée Ibarra Urzúa, Dr. Carlos Campa Luque, Dr. Ignacio Espinoza Pérez

Dr. Miguel Ángel Badillo, Pallares, Dr. Rafael Félix Tamayo,

Dr. José Juan Agúndez Meza, Lic. Gabriela Vera Cano y

al Dr. Miguel Olivares Martínez

A mis compañeros de especialidad por compartir conmigo esta experiencia y que

siempre estuvieron dispuestos a ayudarme.

Gracias

2.- INDICE GENERAL

1. Título
2. Índice General.
 1. Marco teórico.
 2. Planteamiento del problema.
 3. Justificación.
 4. Objetivos.
 5. Hipótesis.
 6. Metodología.
 - 8.1 Tipo de estudio.
 - 8.2 Población.
 - 8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.
 - 8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
 - 8.5 Información a recolectar (variables).
 - 8.6 Método o procedimiento para captar la información.
 - 8.7 Consideraciones éticas.
 9. Resultados.
 10. Discusión.
 11. Conclusiones.
 12. Referencias bibliográficas.
 13. Anexos.

3.-MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS NACIONALES DE LA VIGILANCIA PRENATAL.

Historia

La atención de la mujer embarazada entre los Aztecas, que formaban la raza más civilizada de la altiplanicie, así como de otras culturas que existían en el país, se encontraba como en todos los pueblos primitivos en manos únicamente de mujeres, las cuales vigilaban los embarazos y asistían los partos y puerperios, estas mujeres eran conocidas por el nombre de Tlamatquicitl. (29)

La Ticitl tenía un papel verdaderamente complejo, pues no solamente se encargaba de aconsejar y vigilar a la mujer durante su preñez, asistir el parto y el puerperio, sino que sus importantes funciones empezaban desde antes de que viniera el embarazo.

La partera o ticitla

La partera o Ticitl ejercía un verdadero matriarcado obstétrico y era tratada con veneración por los valiosos servicios que prestaba.

Nuestra civilización indígena se adelantó a muchas épocas de nuestro país en lo referente a cuidados pre y postnatales y en el alto concepto que tenía de la función de la mujer en cuanto a la maternidad se refiere. A pesar de no existir datos fidedignos, es de suponer que los cuidados prenatales se tomaron deficientes y que la morbimortalidad materna aumentó por el descuido, negligencia e ignorancia para difundir la experiencia acumulada por centurias y de esta manera educar a las personas que se dedicaban a atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. (29)

En 1774 se conocen los primeros indicios de atención obstétrica hospitalaria, al anexar al Hospicio de pobres un departamento de partos Ocultos, destinado a mujeres españolas, y

criollas que se embarazaban fuera del matrimonio y en el cual eran atendidas con gran sigilo.

En 1840 se estableció un curso especial para parteras en la escuela de medicina y hasta 1888 habían recibido el título 140 mujeres.

En el año de 1921 se inicia en México una etapa importante de protección a la mujer durante el estado grávido puerperal, con el establecimiento de normas y acciones tendientes a disminuir las elevadas cifras de morbilidad materno infantil informándose por esa fecha una mortalidad materna del 90 por 10 mil nacidos vivos. En 1921 el Dr. Isidro Espinosa De los Reyes en la sección de Eugenesia del primer congreso mexicano del niño, propuso la fundación en la CD. De México, de clínicas y postnatales, y evitar a hasta donde fuera posible la morbilidad tan elevada que presentaban las madres y recién nacidos.

A éstas clínicas se les denominó Centros de Higiene Infantil, calificándolas como instituciones que tienen por objeto dirigir la higiene prenatal y postnatal.

Cartelazo Ayala en su trabajo Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en Latinoamérica, escribe que en la etapa de 1910 a 1945, la obra de mayor importancia en relación a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio fue el establecimiento de los Centros de Asistencia Materno Infantil ya mencionados.

El 7 de febrero de 1945 se funda la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y a partir de esa fecha la asociación ha sido el principal motor para la promoción y progreso de México de todos los aspectos científicos de la especialidad y ramas afines.

Un paso trascendente ocurrió en el año de 1960, al lograr que el IMSS cambiara las maternidades en Hospitales de Gineceo Obstetricia, contando entre el año citado y 1964 con los Hospitales de Especialidad 1, 2 y 3.

En éste mismo año otro formidable avance fue el establecimiento de residencias y cursos de especialización en Gineceo y Obstetricia para graduados, con reconocimiento de la entonces División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Las tasas de morbilidad y peri natal además de reflejar de manera directa los niveles de salud de la mujer en edad reproductiva y la calidad y cobertura de los servicios de atención obstétrica, son una medida directa de las condiciones de salud de la población general. (29)

Control prenatal

Se comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematuridad.

La mortalidad neonatal (6%) fue menor a la observada en otros estudios. (2).

Mortalidad materna

La mortalidad materna en nuestro país continúa en descenso y la tasa para 1999 disminuyó al 50 por 100 mil nacidos vivos, éste desenlace es 5-10 veces superior a las tasas de países desarrollados como Canadá o Estados Unidos. Las causas más frecuentes de esos resultados son preclampsia-eclampsia, hemorragias del embarazo, del parto y del puerperio., abortos y sepsis puerperal. (1).

Fetopatía diabética

La frecuencia de mortalidad relacionada con el parto, las alteraciones metabólicas, hemorrágicas y malformaciones congénitas aún es elevada en los recién nacidos con fetopatía diabética. (3, 4).

Lesiones asociadas al nacimiento

La incidencia de lesiones producidas durante el nacimiento en el Hospital General de Neonatología en Secretaría de Salud, aún es alta sin embargo ninguna puso en peligro la vida del neonato.

A partir de 1950 se ha observado disminución importante en la incidencia de lesiones ocasionadas durante el nacimiento, como resultado del desarrollo de nuevos conocimientos y técnicas obstétricas. (3,4).

Educación

La educación debe ser el eje fundamental donde el individuo integra sus conocimientos para su desarrollo personal que le ayude en la elaboración del conocimiento en todos los aspectos individual, social, científico, tecnológico, político, moral y teológico entre otros.(5).

Guías clínicas

Para facilitar ésta tarea al médico familiar y a la enfermera materno infantil, se construyó una guía clínica sustentada en evidencia, con el objetivo de otorgarles recomendaciones para la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño que permitan la prevención, identificación y criterios de referencia de las desviaciones de la normatividad en el crecimiento y el desarrollo. (6).

La educación es un proceso institucionalizado en el que coexisten el alumno y el profesor, éste último debe propiciar condiciones de aprendizaje a través de la interacción entre el sujeto y los objetos que modifican o transforman sus pautas de conducta. (8).

En estudio realizado en embarazadas, existió una inadecuada calidad de la atención prenatal en los casos de mortalidad peri natal hospitalaria. La falta de ultrasonido y química sanguínea incrementó dos o 4 veces, respectivamente el riesgo para mortalidad prenatal.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud estimaba que se producían más de 7.6 millones de muertes peri natales en todo el mundo. Durante las últimas 3 décadas el número de niños que mueren durante el 1er año de vida ha disminuido de manera sustancial en la mayoría de los países sin embargo, la tasa de mortalidad perinatal ha permanecido sin cambios. (7).

Embarazo normal

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 éste proceso fisiológico el control prenatal debe ser precoz periódico, completo y debe tener amplia cobertura. (10).

Bajo peso al nacer

El análisis de múltiples variables mostró una asociación significativa del bajo peso al nacer con la presencia de anemia en la madre cuando se detectó el embarazo, la sepsis urinaria durante el embarazo, el asma bronquial, un aumento de peso materno menor de 8 kilos durante todo el embarazo, el hábito de fumar durante el mismo, antecedentes de bajo peso al nacer en partos anteriores, la presencia de hipertensión arterial desde antes de la gestación y la consulta prenatal extemporánea.

El peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño durante su primer año de vida. Este indicador también refleja la calidad del control prenatal recibido por la madre. (11).

Nutrición materna

El análisis de tendencia mostró que por unidad de cambio de índice de masa corporal materno (Kg. /M²) se producen 27.9 grs. de cambio en el peso del nacimiento. Un modelo de asociación obtenido por regresión lineal múltiple entre el índice de masa corporal materno y el peso neonatal ajustado por 4 variables (edad gestacional al parto, sexo del recién nacido, paridad y en menor grado la edad materna), mostró que el índice de masa corporal materno sigue en asociación significativa con el peso del nacimiento ($p < 0.00$). Por cada unidad de cambio de índice de masa corporal materno, se producen 23.3 de cambios

del peso neonatal. El índice de masa corporal materno al inicio del embarazo es un factor predicativo altamente asociado al peso del nacimiento, aún cuando sea corregido por variables intervinientes como edad gestacional al parto, sexo del recién nacido, y paridad edad materna. (9).

Una forma de ofrecer una atención prenatal correcta es establecer una normatividad para regular las acciones que se deben realizar, en nuestro país.

En 1993 se elabora la NOM para la atención de la mujer esta norma prevé que la atención brindada a la mujer reduzcan los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño que pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados.

La realización de prácticas preventivas pueden disminuir la aparición de complicaciones que llevadas a cabo en forma rutinaria disminuyen los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno- infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar solo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitócica o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revaloradas en vista de que no aportan beneficios y si contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o al realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina posparto implican riesgos adicionales y su uso efectuarse en casos especiales cuidadosamente.

Guías Clínicas para la atención prenatal.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de historia clínica.
- Identificación de signos síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración de riesgo obstétrico, valoración de crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glicemia y VDRL (en la primera consulta, en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- Determinación del grupo ABO y Rho. (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno y su variante débil. Se recomienda consultar la NOM para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos
- Examen general de orina desde el primer, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32, y 36.

- Detección de VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas, prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho de privacidad y confidencialidad.
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- Prescripción de medicamentos (solo con indicación médica: se recomienda 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 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 5 años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promover la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se lleva a cabo el control prenatal de la siguiente manera: En la primera consulta realizada por el médico familiar se debe realizar historia clínica, cálculo del riesgo obstétrico, se debe medir peso, talla, tensión arterial, examen pélvico, administrar ácido fólico 5 mg vía oral cada 24 hrs., sulfato o fumarato ferroso, 100 mg vía oral, 3 veces al día, biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y Rh.

De manera preventiva aplicar toxoide tetánico, diagnóstico oportuno de cáncer, detección de VIH en sujetos con riesgo.

Realizar labores educativas con respecto a la dieta variada de acuerdo con la disponibilidad local de alimentos, uso de zapato bajo, caminata de 30 minutos tres veces a la semana, técnica de cepillado dental y beneficios de la vigilancia de la salud bucodental.

En la segunda consulta realizada también por el médico familiar interpretar resultados de laboratorio, actualización del riesgo obstétrico, peso, talla, fondo uterino, urocultivo entre las 12 y 16 semanas de edad gestacional para detección de bacteriuria asintomática, segunda dosis de toxoide tetánico, control o modificación de factores de riesgo modificables, identificación de signos de alarma, orientación de conductas en caso de signos de alarma.

En las consultas subsecuentes por médico familiar o EMI. Actualización del riesgo obstétrico, peso, tensión arterial, fondo uterino, foco fetal, movimientos fetales detección de edema y sangrado transvaginal, biometría hemática y examen general de orina entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34, glucemia entre las semanas 24 a 28, continuar modificación de factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma, fomento de la lactancia materna, apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el instituto mexicano del Seguro Social en el Hospital General de Zona No. 1 si se realiza atención prenatal con total de pacientes atendidas en el bimestre de Enero a Febrero del 2007 de 353 pacientes, con registro de peso corporal 350 pacientes, esto representa 99.15 %, registro de tensión arterial 345 pacientes, con porcentaje de 97.73 %, además tenemos un total de 198 pacientes a partir de la semana 24, con registro de frecuencia cardiaca fetal un total de 171 pacientes con un porcentaje de 86.36 %, registro de examen general de orina solo en 115 pacientes, que representan el 32.58 %. Analizando este informe bimestral se debe incrementar las acciones a realizar por los prestadores de atención primaria de control prenatal, haciendo hincapié en que se debe realizar examen general de orina, toma de tensión arterial, medición de peso al 100% de las pacientes atendidas, y se mantendrán informados las autoridades encargadas de la vigilancia de estos programas prioritarios para que se den cumplimiento en un 100 % de las acciones a realizar, de una manera estimuladora se premiaría al prestador de la atención al que tenga el 100 % de las acciones cubiertas.

Los efectos de una inadecuada atención prenatal ocasionan defunciones maternas como En 1997 en el sistema nacional de salud se registraron 415 defunciones por preeclampsia-eclampsia, con una tasa de 15.3 por 100,000 NVR de acuerdo con estos datos se puede señalar que este procedimiento es la primer causa de muerte materna, a pesar de que puede ser previsible en el 35% de los casos, mediante atención prenatal y asistencia obstétrica de buena calidad.

Esto es particularmente cierto en la preeclampsia, de la cual se conocen los factores asociados con mayor riesgo de presentación o recurrencia, los datos clínicos y paraclínicos que permiten su identificación en estadios tempranos y las intervenciones apropiadas para evitar la progresión a formas graves o complicadas con alta letalidad; pese a lo anterior estas ultimas siguen siendo frecuentemente observadas y su manejo médico continua siendo motivo de controversia. (Rev. Med. IMSS México. 1998; 36 (1), 47-60.)

La mortalidad neonatal global de 10% incluyen un porcentaje muy elevado de RN malformados (>50%), superior a la de años anteriores que representaba aproximadamente un tercio del total.

Este dato sugiere una derivación no oficialmente programada de embarazadas portadoras de malformados. También podría ser atribuible a la actividad del Grupo de Trabajo de Diagnósticos Prenatal que recibe consultas específicas relacionadas con esta patología (ver Rev. HMRS, Vol. XVI, No2/97, pág.60-62).

Las cifras también reflejan resultados adecuados en relación a la realidad del país, especialmente para los RN<2.500 g (MN incluyendo malformados 8.3%) y para los RN de muy bajo peso (<1.500g) que incluye también malformados y<1.000g (TMN 30.4%).

El bajo número de pacientes fallecidos luego de los 28 días (n=4) muestra que no existió una transferencia de mortalidad al período post-neonatal. (Rev. Hosp.Mat.Inf.Ramón Sarda 1997, XVI, No.3).

Durante 1987, en EE.UU., 6.9% de los recién nacidos fueron de bajo peso y contribuyeron con 61% de las muertes infantiles. En ese mismo año se estima que para 3 de las primeras 4 causas de muerte infantil, más de 95% de las muertes ocurrieron entre niños con BPN4.

Por el impacto del peso al nacer sobre la sobrevivencia durante el primer año de vida, se tiene que aceptar que la identificación y evaluación de los factores del microambiente (es decir, la fisiología uterina), del matroambiente (respuesta de la madre a los factores sociales, psicológicos, físicos y químicos), y el macroambiente (condiciones de vida de la madre antes, durante y después de su etapa reproductiva), son elementos que ameritan estudio para determinar y analizar el grado de responsabilidad en la producción del BPN.

A nivel internacional varios estudios señalan que los factores biológicos, psicosociales, ecológicos y de los servicios de salud, se asocian con el peso insuficiente del neonato. Sin embargo, la contribución de esos factores no se ha evaluado en Costa Rica la prevalencia que se conoce en Costa Rica de BPN es 7% y se considera ligeramente subregistrada.

Tradicionalmente los servicios de salud prestan más atención al tratamiento del neonato con BPN que a prevenir este factor. En Costa Rica ocurren anualmente alrededor de 1,100 muertes en menores de 1 año, lo que implica que el BPN contribuye de alguna manera importante. Por tanto, identificar los factores asociados con BPN y su posterior

intervención se deben traducir en una reducción sustancial de la mortalidad infantil y una mejoría en la calidad de vida de los neonatos. (Colombia Med 1997; 28: 181-86).

La mortalidad perinatal y materna representa para nuestro hospital un grave problema, por lo que consideramos conveniente revisar si los médicos familiares, encargados de la vigilancia prenatal tienen el conocimiento suficiente de la NOM007 y su aplicación es correcta.

La tasa mortalidad materna en el país es 6.2 muertes por cada 10 mil nacimientos y la tasa de mortalidad materna 1990 a 2004 es de 8.9 a 6.2. En Baja California Sur la razón de mortalidad en el 2002 es de 6.59 donde se ocupa el 13vo lugar a nivel nacional, donde hubo 2 defunciones maternas en el 2000 y 2001 respectivamente (INEGI estadística), aunque se realiza el control prenatal de acuerdo a la NOM, las causas de las muertes son prevenibles, lo que nos hace sospechar que se realizan acciones prenatales pero su conocimiento de la normatividad y la aplicación de esta puede ser deficiente.

El médico familiar responsable de la atención prenatal en la mayoría de los casos debe ser evaluado tanto en su área cognoscitiva como operativa.

5.-JUSTIFICACION.

Se realizara este estudio porque de una buena vigilancia prenatal, se derivan muchas actividades medico-preventivas evitando la morbi-mortalidad materno infantil.

Por consecuente conocer el alto grado de complicaciones que derivan de la deficiente vigilancia prenatal y falta de orientación de la embarazada de acciones medico-preventivas a seguir.

MAGNITUD.

Este estudio tiene relevancia importancia por que es uno de los programas prioritarios a nivel nacional, y también por que en este se valorara el grado de conocimiento y aplicación de la norma oficial mexicana de vigilancia prenatal en el primer nivel de atención.

TRASCENDENCIA.

Al conocer adecuadamente la norma oficial mexicana de vigilancia prenatal, se evitaran muchas complicaciones relacionadas con el embarazo y a su vez una mejor vigilancia materno-infantil.

VULNERABILIDAD

Este estudio se realizara en el primer nivel de atención para mejorar la calidad de atención sin tratar o perjudicar a nadie en particular, ni físico, ni moral.

En la actualidad, participar en el proceso educativo, requiere de una preparación integral, que ayude a la formación de un individuo que de respuesta demandante del cambio, Este estudio se realizará en el primer nivel de atención con el propósito de diagnosticar la situación de aprendizaje del personal sobre el tema, en este caso de vigilancia prenatal, tema muy trascendente en México.

FACTIBILIDAD.

Este estudio es factible de realizar por que contamos con todos los materiales y métodos y no es costoso.

6.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de la vigilancia prenatal en base a la norma oficial mexicana en consulta de medicina familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar el grado de conocimiento de la norma oficial mexicana en la vigilancia prenatal de médicos familiares.

Valorar la aplicación de la norma oficial mexicana en la vigilancia prenatal de médicos familiares.

Analizar si se correlacionan el conocimiento con la aplicación.

Buscar si existe asociación entre el conocimiento y sexo, edad, categoría o antigüedad del trabajador evaluado.

Buscar si existe asociación entre la aplicación de la norma y sexo, edad, categoría o antigüedad del trabajador evaluado.

7.-HIPOTESIS.

No necesaria por que el trabajo es descriptivo.

8.-MATERIAL Y METODOS

DISEÑO.

8.1.-TIPO DE ESTUDIO. Observacional, descriptivo, prospectivo, analítico

8.2.- POBLACION

8.3.--TAMAÑO DE LA MUESTRA: No se realizó cálculo del tamaño de muestra ya que se estudiará al total de médicos familiares adscritos a medicina familiar.

8.4.-CRITERIOS DE INCLUSION.

Médicos familiares adscritos a consultorio de medicina familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Médicos familiares en actividades administrativas.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Médicos familiares que no deseen participar

No completen el estudio.

Ausente en el periodo de estudio por estar de vacaciones o incapacitados.

8.5.-VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Conocimiento de la NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA2-1993. ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO.	Conjunto de procedimientos normados para la atención materno fetal, y desarrollo normal del proceso gestacional.	Es un conjunto de normas y procedimientos que tienen como finalidad prevenir complicaciones de la embarazada.	Cualitativa nominal	Aceptable 10 a 20. No aceptable 0 a 9.
APLICACIÓN	Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en una cosa o persona.	Lista de cotejo de acciones registradas en la nota medica.	Ordinal. Calificaciones de 0 a 13.	*Aplicación aceptable (7 a 13). *Aplicación deficiente (0 a 6).
SEXO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Condición orgánica que distingue entre hombre o mujer.	Cualitativa Nominal dicotomica.	*Masculino. *Femenino.
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa Escalar.	*22 años....
CATEGORÍA	Cada una de las jerarquías establecidas en una profesión o carrera.	Nombramiento de contratación en el instituto mexicano del seguro social.	Cualitativa nominal.	*Medico familiar.
ANTIGÜEDAD	Tiempo transcurrido	Años de trabajar en	Cuantitativa escalar.	*0 a 27 años.

	desde el día que se obtiene un empleo.	Instituto mexicano del seguro social.		
--	--	---------------------------------------	--	--

8.6.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Este estudio se realizara en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 1. Se tomara a todos los médicos Familiares adscritos a consultorios de medicina familiar de ambos turnos.

El investigador principal realizará un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre control prenatal de acuerdo a la NOM 007, dicho cuestionario será sometido a una validación por contenido con una ronda de expertos, posterior a esto se realizará una prueba piloto en médicos internos de pregrado y se hará prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach. La calificación se realizará mediante la técnica de falso, verdadero, no sé, considerando que las respuestas incorrectas restan un punto, las correctas suman un punto y las no sé no suman ni restan.

La evaluación de la aplicación de la norma se realizará mediante lista de cotejo que medirá 13 acciones a realizar (peso, talla, tensión arterial, laboratorio, interpretación de resultados, evaluación crecimiento uterino, bienestar fetal, derivación a 2° nivel, otorgamiento de suplementos, valoración de riesgo obstétrico, aplicación de inmunizaciones, proporción de educación-conserjería y seguimiento). Lo anterior será medido con la revisión de 5 expedientes clínicos por cada médico evaluado; y se considerará como adecuada aplicación si tiene un mínimo de 7 indicadores cumplidos.

Toda la información obtenida será capturada en una base de datos y posteriormente analizada con el paquete estadístico SPSS versión 10 para Windows.

8.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos más relevantes serán sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

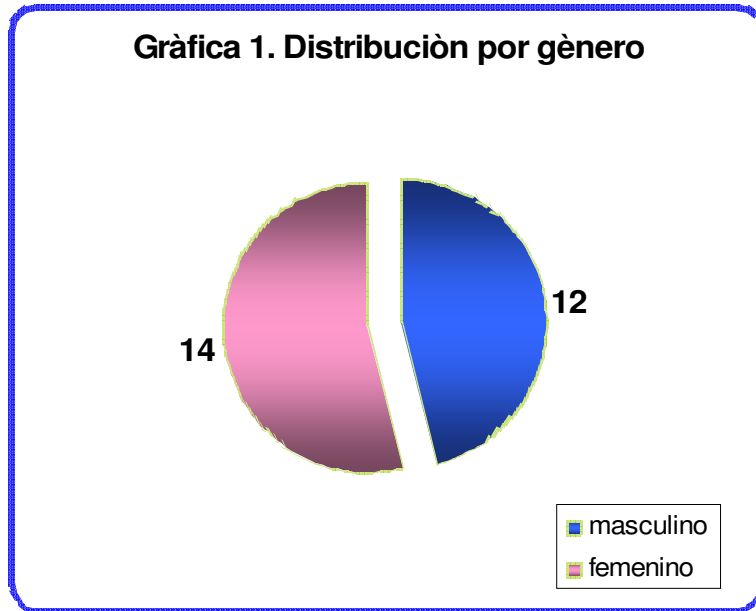
9.-RESULTADOS

La población que se estudio consta de 26 médicos familiares que representan el 100% y laboran en el primer nivel de atención, en ambos turnos en el HGZ y UMF no 1.

Para determinar la prevalencia de conocimiento de la vigilancia prenatal en base a la norma oficial mexicana no 007., se aplicó un cuestionario que fue elaborado ex profeso por el investigador principal y que se sometió a una validación con médicos ginecólogos y jefes de departamento clínico de medicina familiar, se realizaron modificaciones en la estructura de las preguntas ya que algunas no eran claras quedando finalmente un instrumento que consta de 20 preguntas que valoran el grado de conocimiento de Vigilancia Prenatal, en aceptable de (10-20 aciertos) y no aceptable de (0-9)

Se aplico el cuestionario, bajo estricta confiabilidad que se recolecto de las variables, durante las sesiones departamentales de medicina familiar, una para cada turno, tomando 10 minutos su aplicación.

De los cuestionarios contestados se elaboró una base de datos.



Fuente: expediente clínic y cuestionario.

En relació al sexe la freqüència predomino el femení con 14, igual al 53.8 % sobre masculino 12, con un porcentaje 46.2%.

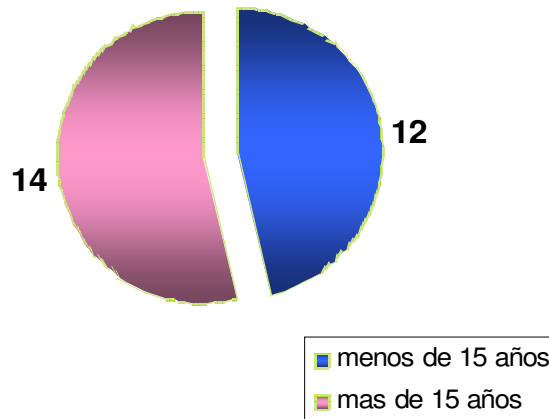
La aplicació del instrumente fue similar en ambos turnos 13 médicos en cada uno.

La edad de los encuestados oscilo de 28 a 56 años con una media de 43.8 años y una desviación estándar de 6.5 años.

En cuanto a la antigüedad, el médico con menor antigüedad fue de 2 meses el de mayor fue de 26 años considerándose una media de 15.3 años y una desviación estándar de 5.9. Esto nos muestra la gran diferencia que existe entre los de menos y más antigüedad, aunque en general podemos decir que la población médica es experimentada.

Se decidió tomar como punto de corte 15 años de antigüedad y distribuir a la población en menos de 15 años (53.8%) y más de 15 años de antigüedad, su distribución se muestra en la gráfica 2

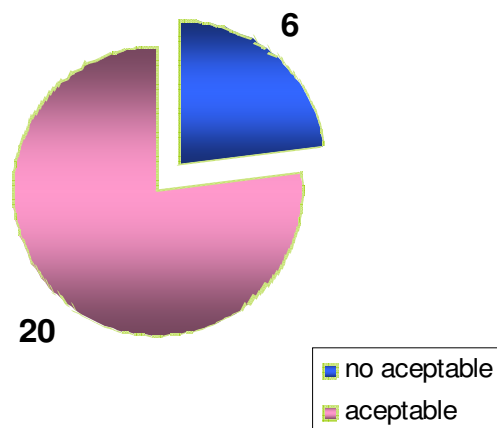
Gràfica 2. Distribució per antigüedad



Fuente: expediente clínico y cuestionario.

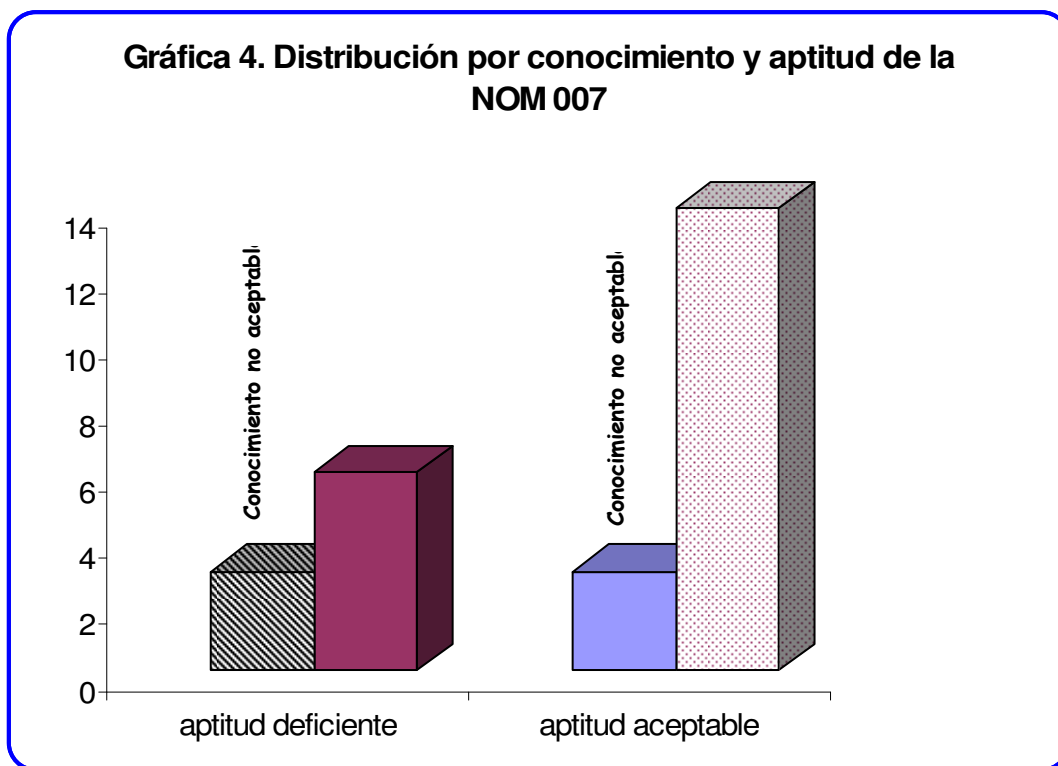
Las calificaciones obtenidas fueron como mínima 3 máxima 20 y una media de 12.6 Como ya se comentó el conocimiento se dividió en aceptable y no aceptable siendo en su mayoría 76.9% aceptable y no aceptable 6 casos como se aprecia en la gráfica 3.

Gràfica 3. Distribució per grau de coneixement



Fuente: expediente clínico y cuestionario.

La aptitud clínica del médico familiar para la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 007 de Vigilancia Prenatal, fue valorada mediante una lista de cotejo en la cual se tomaron en cuenta 13 parámetros (peso-talla, signos de alarma, tensión arterial, fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, riesgo obstétrico, exámenes prenatales, interpretación de exámenes prenatales, administración de ácido fólico y hierro, toxoide tetánico, referencia, educación y seguimiento) cada uno de ellos fue revisado si se presentó o no en 5 expedientes clínicos de embarazadas tomados al azar para cada uno de los médicos familiares evaluados. Se tomó como apto el que tenía cumplidos 7 o más parámetros. En la gráfica 4 se muestran los médicos agrupados por su conocimiento (aceptable o no aceptable) y su aptitud (aceptable o deficiente) Predominando el grupo de conocimiento aceptable y aptitud aceptable.



Fuente: expediente clínico y cuestionario.

Se realizó correlación de Pearson entre estas dos variable no encontrándose.

Tabla 1. Distribución de características sociodemográficas y nivel de conocimiento.

Variable		Conocimiento		Total
		No aceptable	aceptable	
Sexo	Masculino	1	11	12
	femenino	5	9	14
Turno	Matutino	2	11	13
	vespertino	4	9	13
Antigüedad	Menos de 15 a	4	10	14
	15 y más años	2	10	12
Edad	Menor de 40 años	2	5	7
	Mayor de 40 años	4	15	19

Fuente: cuestionario aplicado.

En todas estas variables se realizaron tablas de contingencia y prueba de Chi cuadrada no encontrando significancia estadística, a pesar de que se observa predominio en conocimiento del sexo masculino, el turno matutino calificó mejor que el vespertino, en la antigüedad no hubo diferencias y en edad los mayores de 40 años mostraron mejor conocimiento.

Variable		Aptitud		Total
		Deficiente	aceptable	
Sexo	Masculino	1	11	12
	femenino	8	6	14
Turno	Matutino	4	9	13
	vespertino	5	8	13
Antigüedad	Menos de 15 a	3	11	14
	15 y más años	6	6	12
Edad	Menor de 40 años	2	5	7
	Mayor de 40 años	7	12	19

Fuente: cuestionario aplicado.

En lo que respecta a la aptitud observamos que igualmente hubo predominio del sexo masculino y en este caso la prueba estadística de Chi cuadrada fue significativa con un valor de $p = 0.009$, aunque con menor diferencia se sigue observando predominio del grupo matutino y del grupo de mayores de 40 años con una aptitud aceptable.

10.-DISCUSION

En México la salud reproductiva representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública, y en el momento actual es uno de los programas prioritarios de atención primaria a la salud.¹ Como resultado de lo anterior, se ha incrementado la cobertura de los servicios de salud, lo que se traduce en una mayor disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.¹⁻⁵ Sin embargo, el sistema de salud de nuestro país tiene un enfoque curativo más que preventivo, sin contar con el hecho de que las necesidades de salud de la población siguen siendo muy superiores a la capacidad del sistema, lo que da como resultado que las diferentes instituciones establezcan sus propios criterios de selección de acuerdo con sus prioridades.⁶

La cobertura de los servicios públicos de atención prenatal a nivel nacional muestra un inicio tardío en la vigilancia prenatal, de esta forma en 1987, del total de las gestantes que acudieron a control prenatal, 20.6% lo hicieron en el primer trimestre, 36.7% en el segundo trimestre y 42.7 % en el tercero. ²⁷

En estos últimos tiempos, la medicina, a no dudarlo, ha alcanzado importantes logros que se traducen en una menor morbimortalidad, y en el caso de la obstetricia es notable el avance; sin embargo, todavía se observan muchas complicaciones que son francamente evitables.

Tenemos en un reciente y muy completo estudio hospitalario de seis meses, llevado a cabo por dos autores (Pavón L.P. y Gogeoascoechea C). “Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia”, que en 1137 embarazadas se encuentran dos muertes maternas, una por hemorragia y otra por eclampsia, lo que representa una mortalidad de 0.2%. ²⁸

“La mayor parte de las muertes maternas pueden evitarse con la aplicación oportuna de los conocimientos existentes”. Esto lo decía hace cincuenta años, ahora, con las nuevas tecnologías aplicables a la medicina y a la obstetricia, hacen casi imperdonable el que pacientes previamente sanas e incluso portadoras de enfermedades preexistentes, continúen muriendo como consecuencia de complicaciones del estado grávido puerperal.

Estados Unidos y en nuestro país el noble maestro Isidro Espinosa de Los Reyes y algunos otros tanto en Europa como en América, hicieron especial énfasis en que la única manera de no seguir sufriendo la afrentosa (para muchos indiferente) mortalidad materna y fetal era que la atención del parto se llevara a cabo en instituciones hospitalarias o al menos en el domicilio de las parturientas, pero bajo atención de personal calificado; pero más que ello hicieron hincapié en lo trascendente de la visita periódica al médico por parte de la paciente. Esto que ahora llamamos “vigilancia prenatal” es lo que verdaderamente ha abatido las cifras de mortalidad; obvio, en países desarrollados, cuya mortalidad materna por 10 000 nacidos vivos ha llegado a ser prácticamente nula.

No ocurre así en países tercermundistas latinoamericanos, asiáticos y africanos, en los cuales la cifra de muertes maternas sigue siendo anodante; en ellos, para sus mujeres, el

estado grávido puerperal resulta una aventura demasiado peligrosa, de una atención prenatal adecuada, la cual es derecho inalienable de toda mujer, numerosas gestantes seguirán muriendo en cifras exageradas. PAC. GO 1

En América Latina y el Caribe la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas durante su vida reproductiva es de 1 en 79 y el riesgo de morir durante el embarazo y el parto llega a ser más de 100 veces mayor en algunos países en desarrollo que en los desarrollados. El impacto del contexto socioeconómico sobre la mortalidad materna se expresa nítidamente en las diferencias entre países con diferente grado de desarrollo. Así, mientras en Bolivia la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 50, en Canadá es de 1 en 13.000. En Colombia es de 1 en 290, colocándose en una posición intermedia entre los países de la región. Con relación a la tasa de mortalidad materna por 1000 nacidos vivos, Colombia se sitúa, entre los latinoamericanos, en el grupo de países de tasas altas entre 0.5 y 1.4 por 1000 nacidos vivos

La mayor parte de las muertes que se producen por causas obstétricas directas, resultan de complicaciones del estado de embarazo mismo, del parto o puerperio o de intervenciones u omisiones en su manejo. El aborto, la toxemia, hemorragias, embolia pulmonar y la sepsis puerperal, son las causas directas de las muertes de este grupo (2). Otros factores biosociales se han relacionado con la mortalidad materna factores como: No recibir atención en el primer lugar donde se solicitó, madre solterismo, Predisposición no favorable hacia la planificación familiar, Inicio tardío del control prenatal y falta de seguridad social. Publicación científica No. 541 OPS, Washington 1993.

11- CONCLUSIONES.

Los objetivos se cumplieron de la siguiente manera.

En relación al sexo la frecuencia predominó el femenino con 14, igual al 53.8 % sobre masculino 12, con un porcentaje 46.2%.

La aplicación del instrumento fue similar en ambos turnos 13 médicos en cada uno.

La edad de los encuestados osciló de 28 a 56 años con una media de 43.8 años y una desviación estándar de 6.5 años.

En cuanto a la antigüedad, el médico con menor antigüedad fue de 2 meses el de mayor fue de 26 años considerándose una media de 15.3 años y una desviación estándar de 5.9. Esto nos muestra la gran diferencia que existe entre los de menos y más antigüedad, aunque en general podemos decir que la población médica es experimentada.

. Las calificaciones obtenidas fueron como mínima 3 máxima 20 y una media de 12.6

Como ya se comentó el conocimiento se dividió en aceptable y no aceptable siendo en su mayoría 76.9% aceptable y no aceptable 6 casos.

En todas estas variables se realizaron tablas de contingencia y prueba de Chi cuadrada no encontrando significancia estadística, a pesar de que se observa predominio en conocimiento del sexo masculino, el turno matutino calificó mejor que el vespertino, en la antigüedad no hubo diferencias y en edad los mayores de 40 años mostraron mejor conocimiento.

En lo que respecta a la aptitud observamos que igualmente hubo predominio del sexo masculino y en este caso la prueba estadística de Chi cuadrada fue significativa con un valor de $p = 0.009$, aunque con menor diferencia se sigue observando predominio del grupo matutino y del grupo de mayores de 40 años con una aptitud aceptable.

Este estudio se considera importante por que a pesar de los adelantos tecnológicos, en estos últimos tiempos, se siguen presentando complicaciones materno fetales que se pueden evitar. Por lo tanto exhortamos a los médicos familiares para que redoblemos esfuerzos para una mejor vigilancia prenatal y evitemos así complicaciones del binomio (materno-fetal.), y a su vez le sugerimos a las autoridades del hospital para que se otorguen cursos de

actualización en el conocimiento de la norma oficial mexicana del control prenatal apoyados por médicos del segundo nivel de atención, llevándose a la práctica diaria los conocimientos adquiridos.

Además sugerimos a la jefatura de consulta externa para que se proporcione una copia de la norma oficial para cada consultorio y se valore frecuentemente en cédulas de supervisión para valorar si se están logrando los objetivos antes mencionados.

Esto se verá reflejado en una incidencia menor de complicaciones materno fetales, se reducirán costos para el hospital y en general para el país.

Se propone realizar más acciones sobre todo preventivas por ejemplo educación para la salud, haciendo hincapié en la educación nutricional de la paciente embarazada con apoyo del equipo multidisciplinario con que cuenta la unidad, realizar detecciones como infección vías urinarias asintomáticas mediante la realización examen general de orina en las semanas de embarazo 24,28,32 y 36.

Además solicitar la asistencia de su esposo en cada control prenatal para que se involucre en el cuidado de su esposa y su hijo propiciando la paternidad responsable, además establecer las redes de apoyo para la paciente embarazada, así cursara un embarazo sin estrés por lo tanto se obtendrá un producto sano y sin complicaciones.

Consejería sobre los diferentes métodos de planificación familiar y orientar a la paciente para la toma de un método más adecuado para el caso que se trate, haciendo énfasis sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

Realizar detecciones de anemia, preeclampsia, diabetes y enfermedades de transmisión sexual.

Se debe orientar también a la embarazada sobre el uso de ropa adecuada y calzado adecuado.

Al final del embarazo o embarazo a término explicar el mecanismo de trabajo de parto haciendo hincapié en la primigesta, dar indicaciones de urgencia obstétrica por ejemplo disminución de movimientos fetales, ruptura de membranas, o sangrado transvaginal abundante aquí está incluida tanto la primigesta como la multigesta.

12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Hernández-Leyva B, Trejo y Pérez J A, Ducoing-Díaz, D L, Vázquez-Estrada P, Sandoval-Tomé P, Guía Clínica para la Atención Prenatal, IMSS, 2003; 41(supl) 59-S69
- 2- Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez Rodríguez, P, Vázquez- Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal., IMSS, 2005; 43(5): 377-380.
- 3- García, H, Peña, A, Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos. IMSS 2004; 42(1): 25-30.
- 4- García, H, Rodas López, M, Morbilidad en el recién nacido con fetopatía diabética, IMSS, 2002; 40(1): 5-10
- 5- Rivera-Ruiz MS, Viniegra-Velásquez L, Matus-Miranda R, Aptitud clínica en estudiantes de enfermería en el proceso de atención materno infantil, IMSS, 2004, 12(3): 137-146.
- 6- Reyes-Moreno H, Oviedo-Mota M A, Escobar-Barrios, Guía clínica para la vigilancia de la nutrición, del crecimiento y el desarrollo del niño menor de 5 años, Rev. MED IMSS, 2003; 41(Supl):S47-S58.
- 7- Aguilar-Barradas, M.R, Méndez-Machado G F, Guevara-Arenas J, Caballero-Leal L A, Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal, Rev. MED 2005;43(3):215-220
- 8- Torres-Carrasco M L, Viniegra-Velázquez L, Matus-Miranda R, Aptitud clínica en la atención de enfermería prenatal y perinatal del binomio madre-hijo de bajo riesgo, Rev MED IMSS 2005; 13(2):63-69.
- 9- Lagos-Reducindo S, Espinoza G, R, Orellana C, J J, Estado Nutritivo Materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término, Rev. Chil Nutr 2003;31(1)52-57
- 10- Casini S, Lucero-Sainz G, Hertz M, Andina E, Guía de Control Prenatal Embarazo Normal, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 202:21(2)
- 11- Cbrales-Escobar J A, Sainz Darias L, Grau- Espinoza M A, Rojas-Castañeda L, González-Herrera Y, Pina-García N, Lizano-Rabelo M, Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, Rev Panam Salud Publica/Pan Am Public Health 2002;12(3):180-91
- 12- Pantoja-Palmeros M, Barrera-Monita J, Insfran-Sánchez M. Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología. Rev. MED IMSS 2003; 41 (1): 15-22.

13. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. *Gac Méd. Méx.* 2004; 140 (3): 312-313.
Trejo-Mejía JA, Larios-Mendoza H, Cortés-Gutiérrez MT, Martínez-Viniegra N, Gracia-Sánchez O. Competencia clínica en el área de Medicina Familiar. *Arch MED FAM* 2000; 2 (3): 65-74.
15. García-Hernández A, Viniegra-Velásquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial. *Rev Inv Clin* 1999; 51 (2): 63-68.
16. Gutiérrez-Gutiérrez SM, Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velásquez L, Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS* 1999; 37 (3): 201-210.
17. Micheli-Serra A. Algunos enfoques epistemológicos en medicina. *Gac Méd. Méx.* 2004; 140 (5) 557-561.
18. Blay C. Los límites de la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO). *Aten Primaria* 2004; 34 (2): 68-74.
19. Sellarés-Sallas J, Cots-Yago JM. ¿Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia? *Aten Primaria* 2002; 30 (9): 539-540.
20. García-Mangas JA, Viniegra-Velázquez L. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. *Rev. MED IMSS* 2004; 42 (4): 309-320.
21. García-Mangas JA, Viniegra-Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica en residente de medicina familiar. *Rev. MED IMSS* 2003; 41 (6): 487-494.
22. Barrios-Carrasco M, Peña-Torres M, Tapia-Pancardo D. Evaluación de conocimientos sobre el manejo odontológico de pacientes con fiebre y cardiopatía reumática en tres universidades del área metropolitana. *Revista ADM* 2004; 61 (6): 220-224.
23. Pedregal-González M, Molina-Fernández E, Prados-Castillejo JA, Quesada-Jiménez F, Bonal-Pitz P, Iglesias-Arrabal C. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten primaria* 2004; 34 (2): 68-74.
24. Rivera-Ibarra DB, Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica de médicos residentes de medicina física y rehabilitación. *Rev Inv Clin* 1998; 50 (4): 341-346.

25. Barr SI, Yarkey KV, Levy-Milne R, Chapman GE. Canadian dietitians' views and practice regarding obesity and weight management. *J Hum Nutr Dietet* 2004; 17: 503-512.
26. Viniestra-Velázquez L, Jiménez JL, Pérez-Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev. Inv Clin* 1991; 43 (1): 87-97.
27. Mendoza F M, Sánchez J B y García C M .Morbilidad Percibida y control prenatal. Estudio de Campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; Vol. 16(1):26-34
28. Pavón LP y Gogeochea Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia. *Revista medica veracruzana* Vol.3 Núm. 2 Julio a diciembre 2003.
29. PAC. GO-1 Libro 1 Obstetricia. Programa de actualización continúa para ginecología y obstetricia.

13- ANEXOS.

CUESTIONARIO DE VIGILANCIA PRENATAL.

INSTRUCCIONES: En el cuestionario existen enunciados VERDADEROS Y FALSOS. A la izquierda de cada enunciado encontrará un paréntesis en el que usted escribirá su respuesta.

Resolverá como VERDADERO (V), si considera que el enunciado corresponde a lo que se afirma o se niega, y/o que esté de acuerdo con el juicio o propuesta planteada en el enunciado.

Resolverá como FALSO (F), si considera que el enunciado no corresponde a lo que se afirma o se niega y/o que no este de acuerdo con el juicio o la propuesta planteada en el enunciado.

1- Femenina de 20 años con embarazo de 28 semanas que acude a consulta al servicio de medicina familiar, por referir cefalea intensa punzante, edema de miembros pélvicos (++) . Reflejos osteotendinosos normales. Con estos síntomas y signos podemos diagnosticar preeclampsia. ().

2- De acuerdo con la norma oficial mexicana (NOM 007). Marca que se debe realizar examen general de orina a embarazadas de bajo riesgo en las semanas 19, 20, 22,23. ().

3-Usted considera que estos exámenes están completos según la NOM 007, y que se deben realizar rutinariamente a la embarazada, BHC, EGO, glucemia, VDRL, grupo y RH, VIH, calcio serico, pruebas de funcionamiento hepático.

4- De acuerdo con NOM 007 las dosis de toxoide tetanico son tres rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos, y la segunda a las 4 u 8 semanas posteriores y una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada 5 años. ().

5- El calcio es un complemento vitamínico que dice la norma oficial mexicana que se debe administrar a la embarazada en la semana 32. ().

6- De acuerdo con NOM007, la nutrición, el auto cuidado de la salud, la lactancia materna y la planificación familiar son medidas educativas que se deben realizar en la embarazada. ().

7- Para decir que hubo calidad en la atención prenatal en la embarazada de bajo riesgo debe reunir un mínimo de 5 consultas. ().

8- Acude a consulta embarazada de primera vez con embarazo de 22 semanas, a la EF. Encontramos fondo uterino de 26 cm. Según la NOM 007 este es un crecimiento normal. ().

9- Femenina de 28 años con embarazo de 13 semanas tiene una ganancia ponderal de 3 kg. De acuerdo a la norma 007 se considera adecuado este incremento. ().

10- Femenina de 30 años con embarazo de 37 semanas con antecedente de tabaquismo positivo, consumo de alcohol, con antecedente de preeclampsia en embarazo anterior. Estas son condiciones para que tenga un producto bajo peso al nacer. ().

CASO CLINICO.

Femenina de 45 años primigesta, acude a control con embarazo de 22 semanas, escolaridad primaria, con antecedente de hipertensión arterial previa tratada con captopril 1x3, se aplico una dosis de toxoide tetánico.

EF. Encontramos paciente con una TA de 130/90, Talla 1.60, con un peso antes del embarazo de 70 kg, un peso actual de 76 kg. Obesidad exogena, cardiorrespiratorio normal, abdomen globoso por útero grávido, fondo uterino que corresponde a la amenorrea, frecuencia cardiaca fetal audible con daptone de 158 x, giordano negativo, genitales sin alteraciones, miembros pélvicos sin edema,

con ROT normales. LAB. BH Hb 11.5 gr, EGO PH 6.0, leucocitos incontables, abundantes bacterias, y nitritos positivos.

Son factores de riesgo para el binomio.

11- Primigesta añosa. ().

12- Hipertensión arterial. ().

13- Escolaridad. ().

14- Aumento de peso. ().

15- Toxoide tetanico. ().

Tratamiento a seguir en este caso:

16- Envio a segundo nivel. ().

17- Alfametildopa con hidralazina. ().

18- Captopril con hidralazina. ().

19- Trimetropin con sulfametoxazol con fenazopiridina. ().

20- nitrofurantoina. ().

Nombre----- Edad-----

Consultorio----- Turno----- Antigüedad-----