



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

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

**UTILIDAD DEL FORMATO “CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER
EMBARAZADA” EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:
DRA. RAQUEL PÉREZ IGNACIO**

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

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. AUREA DELGADO BENÍTEZ
COORDINADORA DE ATENCIÓN MÉDICA
CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”**

NÚMERO DE REGISTRO 634 101 06 11



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).

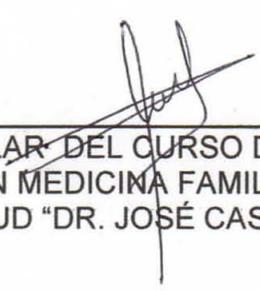
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**UTILIDAD DEL FORMATO "CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER
EMBARAZADA" EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

DRA. RAQUEL PÉREZ IGNACIO

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

**UTILIDAD DEL FORMATO "CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER
EMBARAZADA" EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

DRA. RAQUEL PÉREZ IGNACIO

AUTORIZACIONES

DRA. AUREA DELGADO BENÍTEZ



**DIRECTORA DE TESIS
COORDINADORA DE ATENCIÓN MÉDICA
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



**ASESORA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

**UTILIDAD DEL FORMATO "CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER
EMBARAZADA" EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

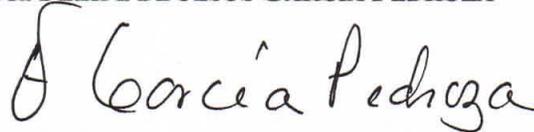
DRA. RAQUEL PÉREZ IGNACIO

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

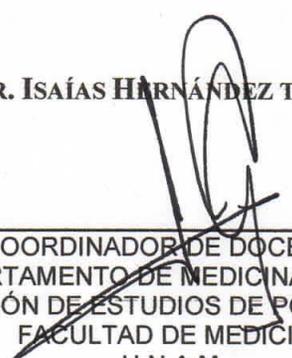
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA



**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES



**COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Nuestro Señor. Por haber estado siempre conmigo, por darme la oportunidad de seguir en esta vida y concluir mi especialidad.

A mis Padres y Hermanas. Por su apoyo incondicional durante este difícil camino.

Dra. Consuelo González Salinas. Por su tutoría brindada durante el trayecto de toda la especialidad, así como por la asesoría en la realización de la presente tesis.

Dra. Aurea Delgado Benítez. Por su tutoría y orientación brindada para la realización de la presente tesis.

Dra. Eloísa Dickinson Banack. Por su orientación brindada para la elaboración de la presente tesis.

Lic. Lilia Castellanos. Por tu valiosa ayuda, por el apoyo en los momentos difíciles de esta trayectoria, así como por los consejos brindados.

Dra. Hilda Gabriela Madrigal de León. Por su apoyo incondicional a lo largo de toda la especialidad.

A la Dra. Socorro Corona Arcos Directora del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” por permitirme realizar el estudio en el centro de salud, así como por la orientación para la realización del presente trabajo.

Al personal de Archivo Clínico por brindarme las facilidades en el préstamo de expedientes para la realización de mi tesis.

En especial a todos mis profesores quienes me han forjado como una profesional, por todos los conocimientos brindados y por aquellos momentos fuera del ámbito profesional.

A MIS COMPAÑEROS. GRACIAS

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a mi familia porque gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona.

A mis padres y hermanas por su apoyo, confianza y amor. Gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y profesionista.

A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome siempre.

A mi madre por sus cuidados, por hacer de mi una persona de provecho a través de sus enseñanzas, consejos y amor.

A mis queridas hermanas por estar siempre presentes cuidándome y brindándome aliento.

Utilidad del formato “Criterios de Riesgo en la Mujer Embarazada” en una unidad de primer nivel de atención. Autores: Pérez Ignacio R., González Salinas C., Delgado Benítez A.

RESUMEN

INTRODUCCION. La atención prenatal tiene como objetivo el seguimiento de la mujer embarazada dirigido a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el control prenatal con enfoque de riesgo.

OBJETIVO. Determinar la utilidad del formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” (“CR”) como instrumento de detección de riesgo en la mujer embarazada que asiste a control prenatal.

MATERIAL Y METODOS. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. De revisión de expedientes; las variables a investigar edad, ocupación, escolaridad, estado civil, aplicación e interpretación del formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención”, referencia a otro nivel de atención, número de consultas, presencia y tipo de complicaciones. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS. Se revisaron 194 expedientes, la edad promedio fue de 23.5 años, el 30% de las embarazadas eran adolescentes. El promedio de consultas fue de 3; en cuanto al formato solo el 69% se encontró lleno, el 40% cumplió con los criterios establecidos para determinar riesgo, solo el 51% contenía un registro posterior a la resolución del embarazo y de estos, el 25% presentaron alguna complicación.

CONCLUSIONES. La valoración del riesgo debería ser un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, por lo que es necesario reestructurar el formato para que posibilite la evaluación continua de la gestante.

PALABRAS CLAVE: embarazo de riesgo, control prenatal, morbi-mortalidad materno-fetal, complicaciones obstétricas.

Format Utility "Criteria Risk Pregnant Women" in a unit of primary care. Authors: Pérez Ignacio R., González Salinas C., Delgado Benítez A.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Prenatal care aims to monitor the pregnant woman directed the prevention, detection and control of risk factors for obstetric and perinatal. Most obstetricians and risks damage to the health of mother and child can be prevented, detected and successfully treated by applying standards of care procedures, most notably prenatal care with a focus on risk.

OBJECTIVE. To determine the usefulness of the format "risk criteria in pregnant women in primary care" ("CR") as an instrument for detecting risk in pregnant women attending antenatal care.

MATERIAL AND METHODS. Retrospective, observational, descriptive. Review of records, to investigate the variables age, occupation, education, marital status, application and interpretation of the format "risk criteria in pregnant women in primary care," a reference to another level of care, number of consultations presence and type of complications. Statistical analysis was performed using descriptive statistics.

RESULTS. 194 records were reviewed, the average age was 23.5 years, 30% of pregnant teenagers. The average number of visits was 3, the format in only 69% was full, 40% met the criteria for determining risk, only 51% contained a record after termination of pregnancy and of these, 25% had complications.

CONCLUSIONS. The risk assessment should be a dynamic process, since it can increase, decrease or keep unchanged, so it is necessary to restructure the format that enables continuous evaluation of the pregnant woman.

KEY WORDS: risk pregnancy, prenatal care, maternal morbidity and mortality fetal obstetric complications.

INDICE

	Página
1.- MARCOTEÓRICO	1
1.1 Antecedentes del tema y del problema.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	17
1.3 Justificación.....	18
1.4 Objetivos.....	21
1.4.1 General.....	21
1.4.2 Específicos.....	21
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	23
2.1 Tipo de estudio	23
2.2 Diseño de la investigación	23
2.3 Población, lugar y tiempo.....	24
2.4 Muestra.....	24
2.4.1 Tipo de muestreo	24
2.4.2 Tamaño de la muestra	25
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	26
2.6 Variables.....	27
2.6.1 Definición conceptual y operacional.....	27
2.7 Instrumento de recolección de datos	31
2.8 Método para la recolección de datos	32
2.9 Procedimiento estadístico.....	32
2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos	32
2.9.2 Análisis estadístico.....	33
2.10 Cronograma.....	33

2.11 Recursos físicos, materiales, humanos y financiamiento del estudio ...	34
2.12 Consideraciones éticas.....	35
3. RESULTADOS.....	36
4. DISCUSIÓN.....	47
5. CONCLUSIONES.....	50
6. REFERENCIAS.....	53
7. ANEXOS.....	57

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

EMBARAZO

Definición.

Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término¹.

RIESGO

Definición.

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud³.

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal es la aplicación del enfoque de riesgo².

ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, es un instrumento para identificar los problemas que contribuyen a la mortalidad materna y perinatal en los diferentes niveles de atención y a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad materna y perinatal⁴.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

RIESGO REPRODUCTIVO

Es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción, es un indicador de necesidad que nos permite identificar a aquellas mujeres más vulnerables, es decir, a aquellas con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso reproductivo⁵.

RIESGO PRECONCEPCIONAL

Son las condiciones o factores pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño cuando la mujer se va a embarazar. Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales o intergenésico, su objetivo es clasificar en qué grado de riesgo se encuentra una mujer antes de un embarazo para identificar quien puede tener mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso reproductivo.

Los factores de riesgo preconcepcional son de múltiples causas, algunos son universales y entre ellos se encuentran:

- Edad: menor de 18 y mayor de 35 años.
- Intervalo intergenésico corto: cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años.
- Paridad: en el primer embarazo y después del cuarto.

- Antecedentes obstétricos: perinatales (2 o más abortos, óbito, y muerte neonatal de causas desconocidas), producto macrosómico mayor de 3,800 gr. o de bajo peso menor de 2,500 gr., parto pretérmino menor de 37 semanas, más de una cesárea previa, Rh incompatible sensibilizada y sin sensibilizar, preeclampsia-eclampsia (PE).

Existen otras causas identificadas:

- Desnutrición aguda o crónica
- Infecciones crónicas: TORCH
- Enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, hepática, cardíaca, etc.
- Tabaquismo, etilismo y otras adicciones
- Epilepsia
- Antecedente familiar o productos con defecto genético o congénito
- Condiciones sociales desfavorables (promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, violencia)
- Baja estatura (menor a 140 cm)^{5, 6, 7.}

Como se puede ver el riesgo preconcepcional puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debe hacerse un enfoque y análisis individualizado. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

RIESGO OBSTÉTRICO

Es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

El riesgo obstétrico se aplica durante todo el embarazo, la consulta prenatal y el parto. Su utilización permite disminuir la morbilidad materno perinatal e infantil. La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo ^{5,7}.

Los factores de riesgo son prácticamente los mismos que en la etapa preconcepcional y se suman las complicaciones del embarazo, tales como la hemorragia durante el primer trimestre, entre otros, que se enlistan a continuación:

- Adolescente embarazada con edad ginecológica menor a 2 años
- Edad de 35 años o mas
- Anemia
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Multigravidez
- Abortos
- Malformaciones congénitas
- Cesárea previa
- Muerte Fetal
- Hemorragias en la 2a mitad del embarazo
- Nefropatía, Cardiopatía
- Prematurez
- Intervalo intergenésico menor de 2 años
- Preeclampsia-eclampsia (PE) ^{7,8}.

IDENTIFICACIÓN DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica.

Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo⁶.

CONTROL PRENATAL

Definición.

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi -mortalidad materna y perinatal⁹.

La atención prenatal determina que la embarazada, el parto, el puerperio y el recién nacidos sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo lo requiera asegurando un nivel mínimo de atención para los de bajo riesgo².

La importancia de la atención prenatal radica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Por lo tanto el control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo ^{4,2, 5}.

De acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son¹:

Feto:

1. Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
2. Tamaño actual del feto y cambios producidos.
3. Cantidad de líquido amniótico.
4. Presentación y situación (embarazo avanzado).

5. Actividad fetal.

Materna:

1. Historia clínica y exploración física completas.
2. Confirmar diagnóstico de embarazo y establecer fecha de la gestación por amenorrea.
3. Clasificar el nivel de riesgo.
4. Vigilar y registrar el incremento ponderal.
5. Medir el fondo uterino.
6. Examen general de orina.
7. Glucemia en ayuna (cifras ≥ 105 mg/dl referir a segundo nivel de atención).
8. Biometría hemática.
9. Grupo sanguíneo, Rh y de la pareja, en caso de que la mujer sea Rh negativo.
10. VDRL.
11. Ministrar ácido fólico (0.4 mg. diarios, desde 3 meses antes del embarazo) y sulfato ferroso (durante la segunda mitad del embarazo, 60 mg. diarios de hierro elemental).
12. Aplicar toxoide tetánico (dos dosis).
13. Informar a la mujer embarazada sobre signos y síntomas de alarma.

14. Otros medicamentos sólo serán bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14.
15. Citología exfoliativa de Papanicolaou en caso de no haberse realizado en los últimos tres años.
16. Realizar detección de VIH especialmente en parejas de alto riesgo.

Bajo esta perspectiva, para el médico familiar el control prenatal es una herramienta imprescindible para identificar oportunamente factores que puedan condicionar la morbi-mortalidad materna y perinatal mediante una serie de acciones sistematizadas en cada visita médica, de esta forma se deben identificar los criterios necesarios que permitan establecer el embarazo de bajo riesgo del de alto riesgo, así como en caso de ser necesario determinar los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de segundo y tercer nivel.

La detección o complementación diagnóstica de riesgo continuará durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e inclusive durante el puerperio.

EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Es aquel donde no se determina la existencia de factores de riesgo que puedan condicionar o favorecer la existencia de complicaciones maternas y/o fetales, de acuerdo a la NOM 007¹ la atención de la gestante de bajo riesgo requiere de un control simple.

En cada consulta, dependiendo de la valoración del médico se deberán solicitarlos estudios de laboratorio y gabinete necesarios, además de realizar una exploración física completa (peso, toma de tensión arterial, medición de fondo uterino y buscar intencionadamente la frecuencia cardíaca fetal).

La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal, preferentemente con la siguiente frecuencia¹:

- ✓ 1ª. Antes de la 12 semana de gestación.
- ✓ 2ª. Entre la semana 22 y 24 de gestación.
- ✓ 3ª. Entre la semana 27 y 29 de gestación.
- ✓ 4ª. Entre la semana 33 y 35 de gestación.
- ✓ 5ª. En la semana 38 de gestación.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define como un *embarazo de riesgo* aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El control debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico.

La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y ésta se modificará de acuerdo a las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular⁷.

Se debe referir a la embarazada cuando presente datos de complicación mayor que ameriten vigilancia o atención especializada⁸.

COMPLICACIONES

Se define como aquel evento que sobreviene en el curso de la gestación distinto de las manifestaciones habituales de ésta y de acuerdo a Hernández Leyva et al. En la Guía Clínica para la Atención Prenatal en el IMSS¹⁰ clasifica las complicaciones en mayores y menores.

✓ **COMPLICACIÓN MENOR DEL EMBARAZO**

Es aquella que puede ser atendida por el médico familiar en las instalaciones y con los recursos existentes en las unidades de atención primaria.

Dentro de las cuales encontramos:

- **Anemia.** Es la reducción en la cantidad de hemoglobina en sangre; el valor de corte que la distingue en el embarazo es < 11 g/dL.
- **Cervicovaginitis.** Es el proceso inflamatorio de la vagina y el cérvix uterino acompañados de infección microbiana y flujo vaginal.
- **Bacteriuria asintomática:** Es la colonización bacteriana persistente del tracto urinario en ausencia de síntomas específicos. El nivel de colonización debe mostrar en el urocultivo una cantidad \geq 100 mil unidades formadoras de colonias bacterianas/mL.
- **Infección de las vías urinarias bajas (cistitis):** Síntomas urinarios como disuria, poliaquiuria y urgencia urinaria, sin presencia de

taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre. Además, tira reactiva positiva a leucocitos, o más de 10 leucocitos por campo microscópico en el sedimento urinario.

- **Infección de las vías urinarias altas (Pielonefritis):** Presencia de síntomas urinarios, más fiebre (temperatura > 38 °C) o dolor lumbar.
- **Amenaza de aborto.** Hemorragia en la primera mitad del embarazo que no se acompaña de dilatación del cérvix uterino.

✓ **COMPLICACIÓN MAYOR DEL EMBARAZO:**

La que impone riesgo alto de morbilidad o mortalidad a la madre y al producto y requiere de los recursos hospitalarios de la institución para su adecuada atención.

- **Embarazo ectópico.** Implantación del blastocito en sitio diferente a la cavidad uterina.
- **Aborto en evolución.** Hemorragia de la primera mitad del embarazo que se acompaña de modificaciones cervicales.
- **Embarazo molar.** Desarrollo anormal del óvulo fecundado consistente en degeneración hidrópica (edema) de las vellosidades coriales.
- **Embarazo múltiple.** Se origina por la fecundación de uno o más óvulos con el desarrollo intrauterino de dos o más fetos, condición asociada a mayor número de complicaciones.

- **Retraso en el crecimiento intrauterino.** En la práctica una medición de la altura del fondo uterino por debajo de la centila 10 de la curva de altura del fondo uterino para la edad gestacional, indica retraso en el crecimiento fetal.
- **Hiperémesis gravídica.** Vómitos incoercibles durante el primer trimestre de la gestación que comprometen el equilibrio hidroelectrolítico y estado nutricional de la embarazada.
- **Inserción baja de placenta.** Inserción anormal de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.
- **Desprendimiento prematuro de placenta.** Separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina; se manifiesta por sangrado transvaginal en el tercer trimestre de la gestación.
- **Amenaza de parto prematuro.** Cuando se presentan contracciones uterinas regulares después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37.
- **Muerte fetal.** Ausencia de latido cardíaco y de movimientos fetales después de la semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontáneo.
- **Ruptura prematura de membranas.** Pérdida espontánea de la integridad de las membranas corioamnióticas con salida transvaginal de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto.

- **Diabetes Gestacional.** La diabetes gestacional es una alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se manifiesta por hiperglucemia. Ésta se descubre por primera vez durante un embarazo. Por lo regular este trastorno desaparece después del parto y por ello se considera un periodo de anormalidad condicionado por la gestación¹¹. Si no se controla, la DMG representa un problema de salud, de alto costo y de graves consecuencias para el feto y para la mujer. Su prevalencia global se sitúa entre 1 – 3 %^{12, 13}. Del 3 al 4% de las mujeres mexicanas manifiestan esta enfermedad. En el Instituto Nacional de Perinatología la diabetes gestacional, o la previa al embarazo, ocupa aproximadamente 5% de todos los diagnósticos efectuados en la consulta externa de obstetricia (cuarto diagnóstico más frecuente), y 11 y 9% de las hospitalizaciones en el servicio de ginecología y obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, respectivamente^{14, 15}.
- **Trastornos Hipertensivos de la Gestación.** Bajo esta expresión de se agrupan una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión. La hipertensión es el desorden médico más común durante el embarazo aproximadamente 70% de mujeres diagnosticadas con la hipertensión durante embarazo tendrán hipertensión-preeclampsia del embarazo. Estos trastornos hipertensivos constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones por 100 000

nacimientos y 150 o más defunciones por 100 000 nacimientos, respectivamente. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con APGAR bajo, pretérmino etcétera. Se considera que existe hipertensión cuando se encuentran cifras tensionales de 140/90 mm Hg o más en tomas consecutivas con un intervalo de 6 h, o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo; sentada durante 5 min, sin fumar o ingerir café por lo menos 30 min antes, en pacientes con 18 años o más; cifras igual o mayor de 138/88 en pacientes entre 16 y 17 años tomadas en iguales condiciones ó 136/86 en pacientes entre 13 y 15 años.

Clasificación. La OMS recomienda la clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología e identifica 4 categorías¹⁸:

1. Preeclampsia

Es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo, afectando del 2 al 7% de los embarazos en nulíparas sanas. Se define la preeclampsia como un síndrome de amplio espectro, que afecta la resistencia vascular periférica, la función renal y hepática, el metabolismo cerebral y la coagulación sanguínea.

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones, coma o ambos cuadros, sin relaciones con otros trastornos cerebrales durante el embarazo o el puerperio en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia, por lo que la paciente puede tener además trastornos funcionales en múltiples órganos y sistemas como cardiovascular, renal, hepático, hematológico, desequilibrio hidroelectrolítico y alteraciones del sistema nervioso central. La eclampsia puede ocurrir en la paciente con preeclampsia, aun cuando las cifras tensionales y los parámetros clínicos para su diagnóstico no correspondan¹⁶. El síndrome de HELLP es una complicación de la preeclampsia-eclampsia, se caracteriza por hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Puede ser detectado en sus etapas iniciales, en las cuales las mujeres se quejan de dolor epigástrico o hipocondrio derecho, antecedente de malestar durante varios días antes, náuseas y otros síntomas parecidos a un síndrome viral (50 %).

2. Hipertensión crónica
3. Hipertensión crónica con preeclampsia-eclampsia sobreañadida.
4. Hipertensión gestacional o transitoria del embarazo¹⁷.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se reconoce a la muerte materna como un problema de salud pública y parte de su prevención es el control prenatal, su éxito reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo que pueden condicionar a las complicaciones durante el embarazo o bien la resolución de este. Las unidades del primer nivel de atención de los servicios de Salud Pública del DF cuenta con el formato de “Criterios de riesgo en la mujer embarazada” para identificar a la embarazada con probabilidad de desarrollar complicaciones en el embarazo o parto, sin embargo su aplicación e interpretación no es estandarizada, por lo que no se logra identificar en su totalidad a la embarazada de riesgo y por lo tanto prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Por otro parte los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. Es por ello que se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué utilidad tiene el formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada” para la identificación y clasificación del riesgo en una unidad de primer nivel de atención?

1.3 JUSTIFICACION

Estudios enfocados a analizar la calidad de la atención prenatal han encontrado que una calidad inadecuada conlleva a una mortalidad prenatal más alta por la falta del diagnóstico oportuno^{21, 22}.

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que la ponen en riesgo ante este evento, sino de tipo económico, social y la calidad con que se proveen los servicios de salud, los cuales juegan un rol sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.

La mortalidad materna es considerada como un indicador del nivel de desarrollo, es el resultado último de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales.

Por ello, la mortalidad materna es fiel reflejo del desarrollo de un país, de la calidad y el acceso a sus servicios sociales y de salud¹⁹. En México representa un indicador de profunda desigualdad social.

De acuerdo a Rivera et al., en México cada año; de aproximadamente 4, 200,000 embarazos, llegan a término el 60%, el resto terminan en abortos espontáneos o inducidos, óbitos y partos prematuros.

Alrededor de 1,250 mujeres fallecen durante el embarazo o en los 42 días posteriores; la tasa de mortalidad materna para el 2006 fue de 6.2 muertes por cada 10 mil nacimientos²⁰. De acuerdo a Díaz en su investigación hecha sobre Mortalidad Materna, al año 2000 la mortalidad materna se concentraba en las entidades federativas del centro y sureste del país, dentro de las cuales se encontraba el Distrito Federal. A pesar de que en el Distrito Federal se cuenta, en términos generales, con la disponibilidad de recursos para la atención del evento obstétrico, la tasa de mortalidad materna es extremadamente alta, si se le compara con la reportada para el resto del país. En términos absolutos, durante el periodo comprendido del año 2000 al 2006 cada día murieron entre tres y cuatro mujeres durante el embarazo, parto y puerperio²².

Este panorama es la expresión de ineficiencias en la atención materna otorgada por los servicios de salud, situaciones que van desde la insuficiencia del diseño de la política, hasta el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Se le suman las carencias de insumos, incapacidades del personal médico, subutilización del primer nivel de atención, saturación del segundo nivel de atención, e incluso prácticas racistas y discriminatorias²².

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el control prenatal con enfoque de riesgo, la realización de actividades

eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos²⁵.

Es por ello que el Médico Familiar debe poseer la habilidad clínica para diferenciar de un embarazo de bajo riesgo del que no lo es, para que de esta forma pueda prevenir la presentación de complicaciones tanto en la madre como en el producto, además como miembro de los servicios de salud debe enfocarse en el control prenatal de manera integral así como participar activamente en el desarrollo de guías de práctica clínica para lograr disminuir la presencia de complicaciones en un estado fisiológico en el ciclo de vida del hombre.

A pesar de que el Centro de Salud cuenta con criterios normativos para identificar riesgo en la mujer embarazada no existen resultados que evalúen tal situación por lo que es necesario llevar a cabo la presente investigación contando con la aprobación de las autoridades.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Evaluar la utilidad del formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” para la identificación y clasificación de riesgo en la embarazada en una unidad de primer nivel de atención.

1.4.2 Específicos

1. Identificar variables socio demográficas como edad, ocupación escolaridad y estado civil.
2. Identificar si el médico llena correctamente los 10 criterios del formato “criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención”
3. Interpretar la clasificación de riesgo de la embarazada con base a la calificación establecida en el formato.
4. Identificar si el medico clasifica de acuerdo a los criterios del formato
5. Identificar si las embarazadas que clasifico el medico de riesgo fueron referidas a otro nivel de atención.
6. Identificar el número de consultas otorgadas a la embarazada de bajo riesgo y de riesgo.
7. Identificar el tipo de complicaciones post parto y del producto señaladas en las notas de evolución

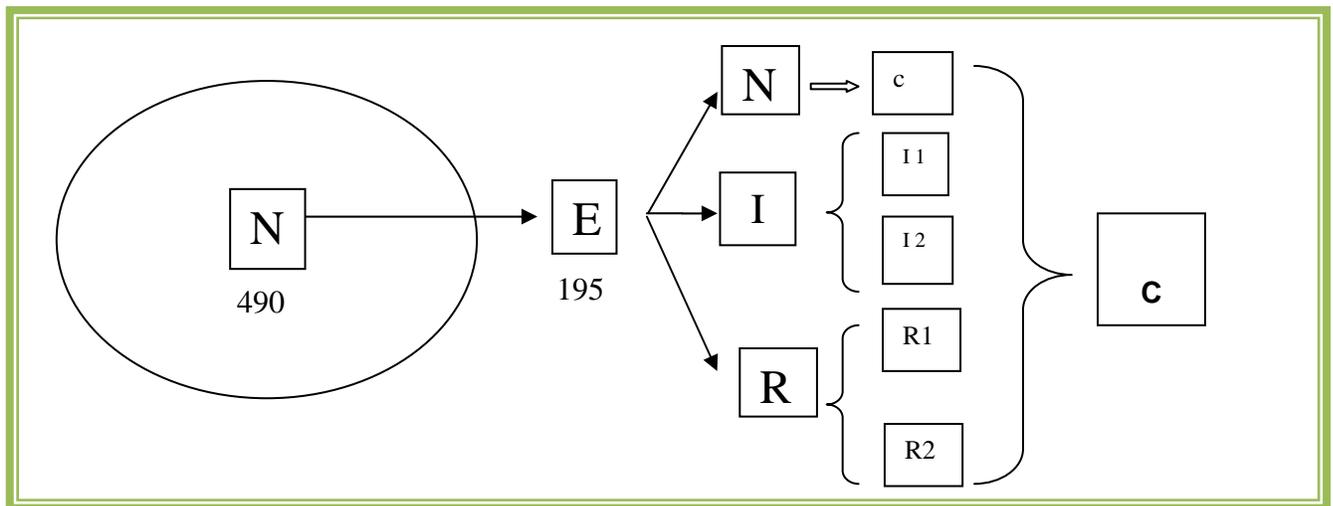
8. Relacionar la(s) complicación(s) con la clasificación de riesgo referida por el médico.
9. Conocer los criterios de riesgo que con mayor frecuencia se presentaron en las mujeres estudiadas.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

De servicios de salud, retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



- ✓ N: 490. Población de embarazadas del Centro de Salud de enero a diciembre del 2010.
- ✓ E: Revisión de expedientes
- ✓ N: Notas medicas.
- ✓ I: Formato
 - I 1 identificación
 - I 2 clasificación
- ✓ R: Referencia
 - R1: Referida
 - R2: No referida
- ✓ c: Complicaciones
- ✓ C: Conclusiones

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Expedientes de embarazadas que acudieron a consulta al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, Tlalpan México, DF., en el periodo de enero a diciembre del 2010.

2.4 MUESTRA

2.4.1 Tipo de muestreo

Probabilístico.

- ✓ Sistemático
N: 490 (Total de expedientes)

n= 195 (muestra obtenida)

Se tomó de un listado conformado por el total de expedientes de embarazadas que acudieron al Centro de Salud de enero a diciembre del 2010 un expediente de cada 2 hasta completar el tamaño de muestra.

2.4.2 Tamaño de la muestra

Para obtener la muestra se utilizó la fórmula para el cálculo de proporciones en población finita.

FORMULA:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

N: Expedientes de embarazadas que asistieron a control prenatal en el periodo de enero a diciembre de 2010.

Z: Nivel de confianza 95%

p: Prevalencia. De acuerdo a la literatura el 30% de las gestantes corresponden a embarazos de alto riesgo.

q: 100-p

d = Nivel de error aceptado 5%

Obteniendo una muestra de:

195

:

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión:

- ✓ Expedientes de pacientes embarazadas que hayan acudido al Centro de Salud de enero a diciembre del 2010.

Exclusión:

- ✓ Expedientes sin registro por ser fuera del área de influencia del Centro de Salud.
- ✓ Expedientes de pacientes adscritas a otra unidad.

Eliminación:

- ✓ Expedientes que no contaban con el formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención”.
- ✓ Expedientes de embarazadas que solicitaron interrupción legal del embarazo.

2.6 VARIABLES

2.6.1 Definición conceptual y operacional

- **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento, expresada en años
- **Ocupación:** Tipo de actividad desarrollada.
- **Escolaridad:** Grado máximo de estudios terminados
- **Estado civil:** Tipo de contrato o convivencia que existe en una pareja
- **Formato de “Criterios de riesgo en la mujer embarazada”:** Formato emitido por la SS DF para identificar el riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención.
- **Criterios de riesgo en la mujer embarazada:** Característica en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, parto y/o periodo perinatal, de acuerdo al formato.
- **Calificación de riesgo:** Valoración clínica que se brinda a la embarazada basada en la identificación y medición de los criterios de riesgo de acuerdo al formato “Criterios de riesgo”.
- **Sistema de referencia:** Conjunto de instituciones, normas y procedimientos que permiten el traslado de usuarios entre un nivel de atención y otro con el objetivo de garantizar el seguimiento de pacientes que necesitan atención en un nivel o sitio diferente, según la complejidad

de las patologías y la capacidad resolutoria de los diferentes prestadores de servicios de salud.

- **Consultas otorgadas:** Número de asistencias o visitas de la embarazada al consultorio del centro de salud.
- **Complicación ocurrida:** Evento que sobreviene en el curso de la gestación distinto de las manifestaciones habituales de ésta.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento. Agrupado en rangos	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos	Cédula de datos
Ocupación	Principal actividad desarrollada	Cualitativa nominal	1. Ama de casa 2. Empleada doméstica 3. Oficio 4. Estudiante 5. Comerciante 6. Desempleada	Cédula de datos.
Escolaridad	Grado máximo de estudios terminados	Cualitativa nominal	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Carrera técnica	Cédula de datos.
Estado civil	Tipo de contrato o convivencia que existe en una pareja	Cualitativa nominal	1. Casada 2. Unión libre 3. Soltera	Cédula de datos.

Llenado del formato de "Criterios de riesgo en la mujer embarazada"	Llenado del formato "Criterios de riesgo en la mujer embarazada" por el médico.	Cualitativa nominal	1. Completo: todos los criterios fueron contestados. 2. Incompleto: No se contestó 1 o más de los criterios. 3. Sin llenar: No se contestó ningún criterio.	Cédula de datos.
Interpretación del riesgo de la mujer embarazada	Calificación obtenida de los "criterios de riesgo en la mujer embarazada"	Cualitativa nominal	1. Bajo riesgo: Ningún criterio positivo 2. Embarazo de riesgo: Más de un criterio positivo.	Cédula de datos.
Clasificación del riesgo por el medico	Calificación emitida por el médico tratante a la embarazada.	Cualitativa nominal	1. Si clasifico 2. No clasifico	Cédula de datos
Criterio de Referencia	Envío a otro nivel de atención de la embarazada clasificada de riesgo.	Cualitativa nominal	1. Si referida 2. No referida	Cédula de datos
No de consultas de control prenatal	Número de consultas otorgadas a la embarazada de bajo y de riesgo.	Cuantitativa continua	1. 1 a 4 2. 5 3. 6 a 10	Cédula de datos
Tipo de complicación posparto y del producto	Tipo de evento que sobreviene en el posparto y recién nacido.	Cualitativa nominal	1. Parto prematuro 2. Ruptura prematura de membranas 3. Peso bajo al nacimiento 4. Producto macrosómico 5. Diabetes gestacional 6. Preeclampsia 7. Desgarro del canal de parto	Cédula de datos

<p>Criterios de riesgo en la embarazada</p>	<p>Característica existente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, parto y/o periodo perinatal, de acuerdo al formato.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres diabéticos, enfermos del corazón o de la presión. 2. Padece diabetes o enfermedad del corazón. 3. Tiene una edad menor de 15 o mayor de 34 años. 4. Estado de nutrición de la embarazada (cinta braquial en rojo) 5. Estatura baja (< 1.5m) 6. Ha tenido cesáreas y/o abortos 7. Ha tenido hijos que al nacer hayan pesado < 2.5 kg. 8. Ha tenido más de 5 partos antes de este embarazo. 9. Se le hinchan los pies, tiene dolor de cabeza y/o zumbido de oídos. 10. Ha presentado salida de sangre o líquido por su vagina. 	<p>Formato criterios de riesgo en la mujer embarazada</p>
---	--	----------------------------	---	---

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento estuvo constituido por 6 apartados que se describen a continuación (Véase anexo 1):

- I. Identificación de datos socio demográficos.
- II. Formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención”
- III. Calificación de riesgo
- IV. Referencia a otro nivel de atención
- V. Consultas otorgadas
- VI. Complicaciones

2.8 MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo consentimiento de las autoridades correspondientes del Centro de Salud, se solicitó apoyo al personal de estadística para el censo de embarazadas, personal de archivo clínico para el préstamo de 195 expedientes de las mujeres embarazadas, seleccionados mediante muestreo sistemático.

Se verificó que el registro del expediente clínico solicitado correspondiera al otorgado.

En los expedientes se identificó en la Historia Clínica Perinatal las variables socio demográficas.

Se recabó información requerida del formato “Criterios de riesgo...” (Anexo 2)

Se revisaron las notas de evolución para identificar la presencia de complicaciones.

Se consultó la existencia del formato de referencia y contra-referencia.

2.9 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos

Una vez completada la información se procedió a capturar los datos en una base creada en Excel versión 8.0.

2.9.2 Análisis estadístico

Una vez obtenidos los resultados se aplicó estadística descriptiva: para variables cualitativas se utilizaron medidas de resumen (frecuencias y porcentajes); para las variables cuantitativas media y/o promedio y rango.

Para su presentación se utilizaron tablas, gráficos de barras y pastel.

2.10 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD / FECHA		JUNIO JULIO 2009	AGOSTO 2009 A ENERO 2010	FEBRERO 2010 A ENERO 2011	ABRIL 2011	MAYO 2011	MAYO Y JUNIO 2011	JUNIO Y JULIO 2011
Elección y aprobación del tema		X						
Recopilación bibliográfica			X					
PLANEACION	Elaboración de protocolo			X				
	Registro de tesis				X			
	Estudio de campo					X		
EJECUCION	Análisis de resultados						X	
	Elaboración de informe final							X

2.11 RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Físicos:

- ✓ Aula del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

Materiales:

- ✓ Computadora.
- ✓ Expedientes
- ✓ Hojas blancas de papel, lápices y plumas.
- ✓ Software con paquetes estadísticos.

Humanos:

- ✓ Personal de estadística
- ✓ Personal de archivo clínico

Financiamiento:

- ✓ El estudio fue financiado por el investigador principal de la tesis.

2.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se trató de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo; en el cual los datos obtenidos fueron tomados de la revisión de expedientes clínicos, por lo tanto, de acuerdo a la “*Declaración de Helsinki*” de la Asociación Médica Mundial constatada en la 52^a Asamblea General Mundial de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización, por lo que se solicitó a las autoridades correspondientes de la institución donde se realizó el estudio su consentimiento para la recolección, análisis y almacenamiento de la información. (Anexo 3).

La Secretaría de Salud a través de la Ley General de Salud en materia de investigación ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud en su Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, es considerada como investigación sin riesgo, ya que este tipo de estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales.

3.- RESULTADOS

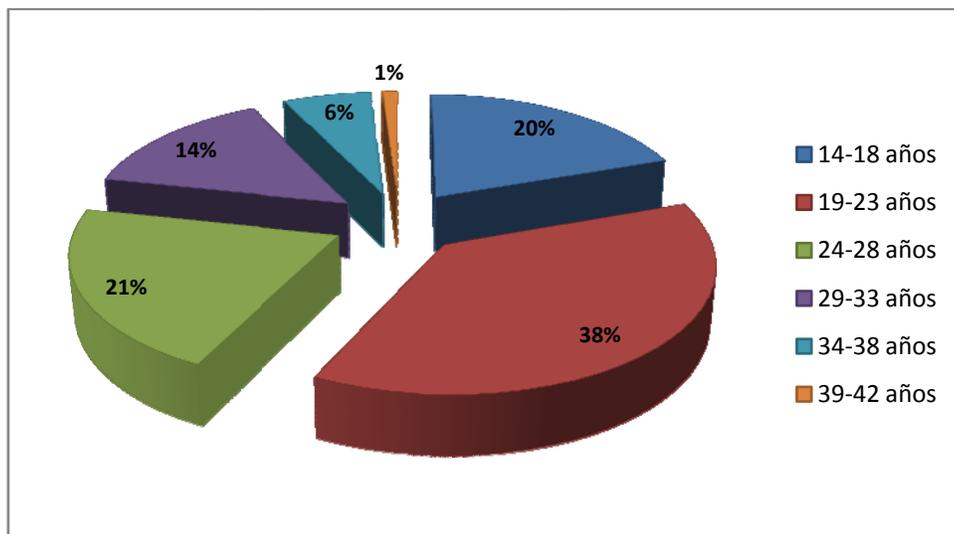
De los 195 expedientes seleccionados, un expediente fue eliminado al encontrar referencia para interrupción legal del embarazo.

De los 194 expedientes analizados los principales datos obtenidos fueron los siguientes.

Con respecto a la edad el rango fue de 14 a 42 años, con un promedio de 23.5 años.

La frecuencia mayor se encontró en el grupo de 19 a 23 años con 73(38%), mientras que la menor correspondió al grupo de 39 a 43 años con 2(1%). Ver figura 1.

**Figura 1. Distribución por grupo de edad de las mujeres embarazadas estudiadas
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Enero a diciembre del 2010.**



Fuente: Expediente

El nivel de escolaridad que se encontró: 4(2%) de las pacientes no tenía ningún grado, mientras que 118(60.8%) alcanzó un nivel básico. Ver tabla 1.

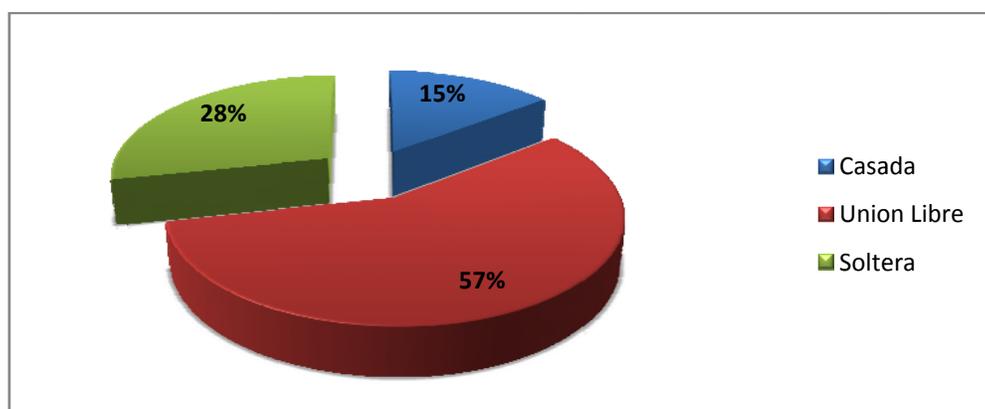
**Tabla 1. Nivel de estudios en las mujeres embarazadas estudiadas
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Enero a diciembre del 2010.**

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	4	2.10
Primaria	21	11
Secundaria	97	50
Preparatoria	52	27
Licenciatura	9	4
Carrera técnica	11	6
TOTAL	194	100%

Fuente: Expediente

En relación al estado civil la frecuencia más alta correspondió al concubinato con 111(57.2%), mientras que en menor frecuencia se encontró a casadas 28(14.4%). Ver figura 2.

**Figura 2. Estado civil de las mujeres embarazadas estudiadas
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Enero a diciembre del 2010.**



Fuente: Expediente

Respecto a la ocupación 145(75%) se dedican al hogar, y solo 35(18%) tiene un empleo con remuneración económica, llama la atención que 14(7%) son estudiantes. Ver tabla 2.

**Tabla 2. Ocupación de las mujeres embarazadas estudiadas
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Enero a diciembre del 2010.**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Hogar	145	75
Empleada domestica	21	12
Oficio	7	3
Estudiante	14	7
Comerciante	7	3
TOTAL	194	100%

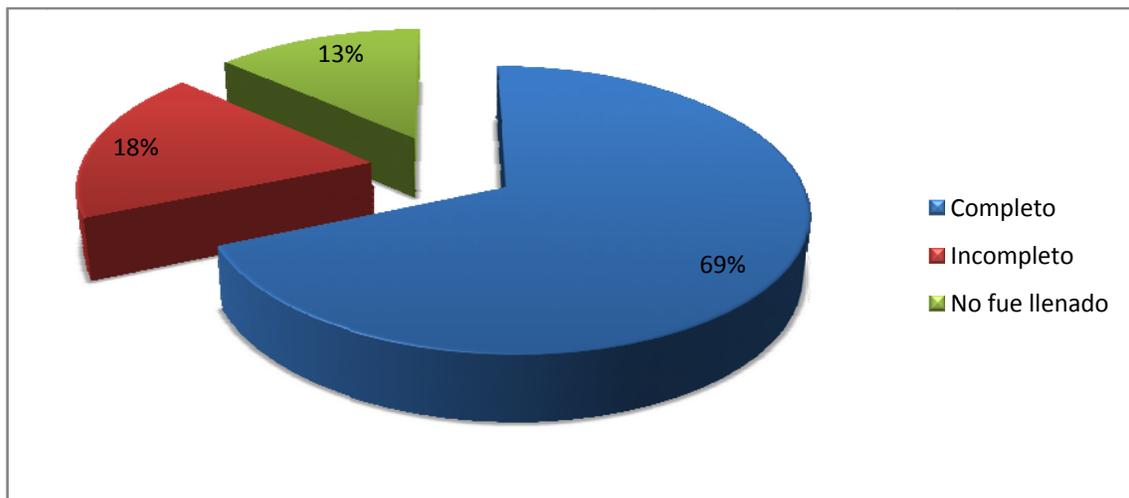
Fuente: Expediente

Referente al llenado del formato “Criterio de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” por el médico tratante 133(69%) contenía todos los apartados contestados, 35(18%) estaba incompleto y 26(13%) se encontraron sin llenar. Ver figura 3.

Figura 3. Llenado del formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” por el médico tratante de la población estudiada

Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Enero a diciembre del 2010.



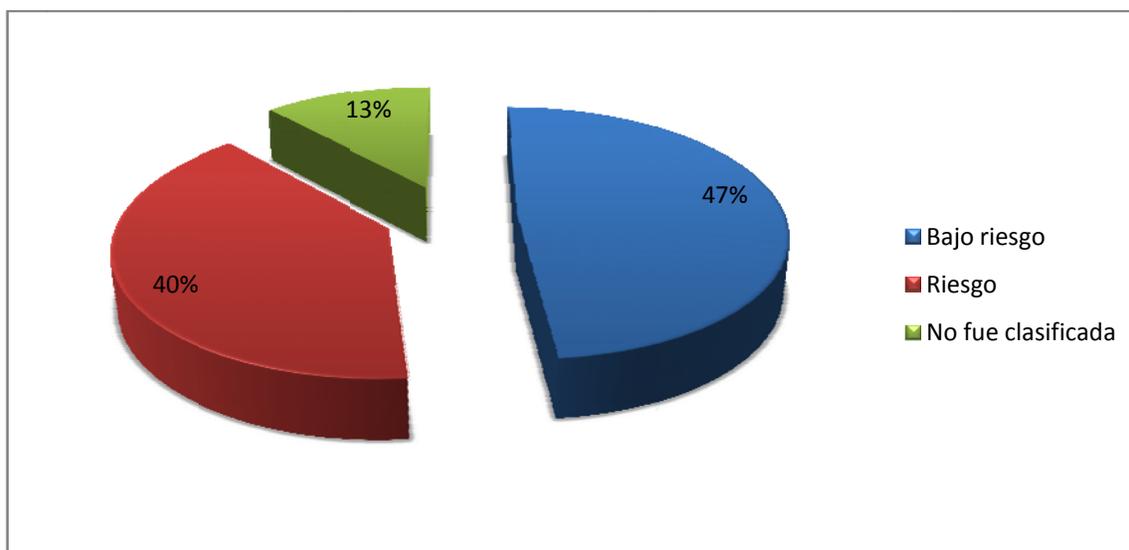
Fuente: Expediente

La interpretación del riesgo con base a los criterios (positivos y negativos) calificados por el médico fueron: 26(13%) casos no tenían señalado ningún criterio, mientras que 91(47%) se interpretó de bajo riesgo ya que no tenía ningún criterio señalado y 77(40%) tuvo más de un criterio positivo por lo que correspondía a embarazo de riesgo. Ver figura 4.

Figura 4. Interpretación del riesgo con base a los criterios positivos y negativos señalados por el médico en el formato.

Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Enero a diciembre del 2010.



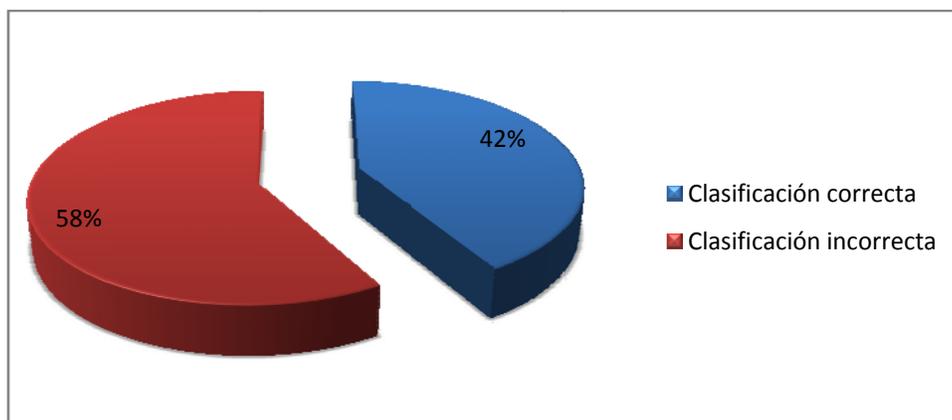
Fuente: Expediente

De las 77 mujeres que tuvieron criterios positivos para ser clasificadas de riesgo, en 45(58%) el médico no interpretó correctamente su clasificación y solo 32(42%) fueron clasificadas correctamente por el médico. Ver figura 5.

Figura 5. Clasificación correcta del riesgo de las mujeres embarazadas por el médico tratante de acuerdo al formato

Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

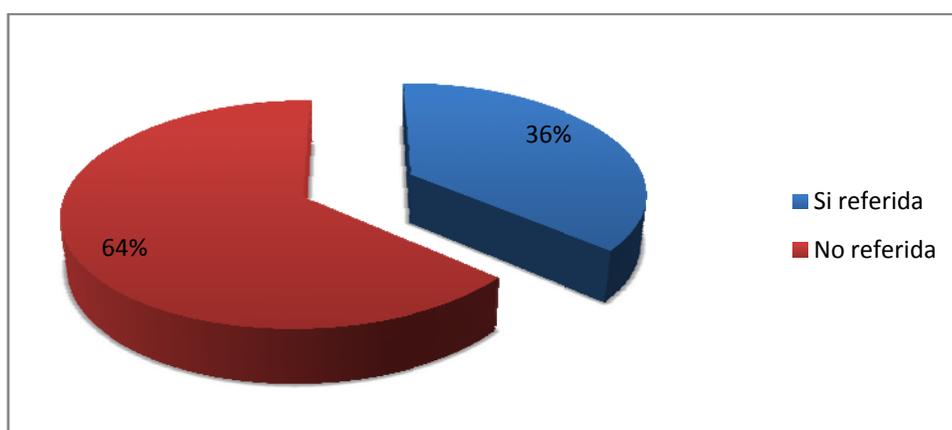
Enero a diciembre del 2010.



Fuente: Expediente

Respecto a la referencia de las mujeres embarazadas de riesgo, solo 28(36%) fueron referidas a otro nivel de atención y 49 (64%) continuaron su control en el centro de salud. Ver figura 6.

**Figura 6. Referencia de la mujer embarazada de riesgo por el médico
Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”
Enero a diciembre del 2010.**



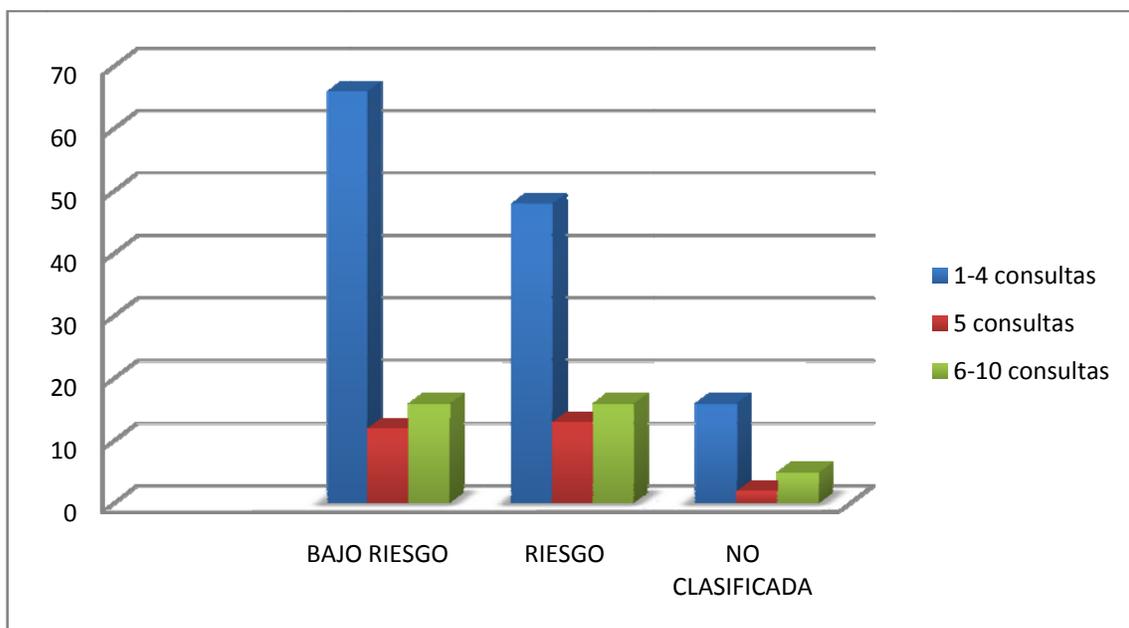
Fuente: Expediente

Respecto al número de consultas otorgadas a la embarazada se encontró para la de bajo riesgo 66(34%) recibieron de 1 a 4 consultas, 12(6%) 5 consultas, mientras que 16(8%) de 6 a 10 consultas; para las de riesgo: 48(25%) de 1 a 4 consultas, 13(7) 5 consultas y 16(8%) de 6 a 10 consultas. 26(13%) no fueron las no clasificadas. Ver figura 7.

Figura 7. Distribución con respecto al número de consultas otorgadas y tipo de riesgo de las mujeres embarazadas estudiadas

Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

Enero a diciembre del 2010.



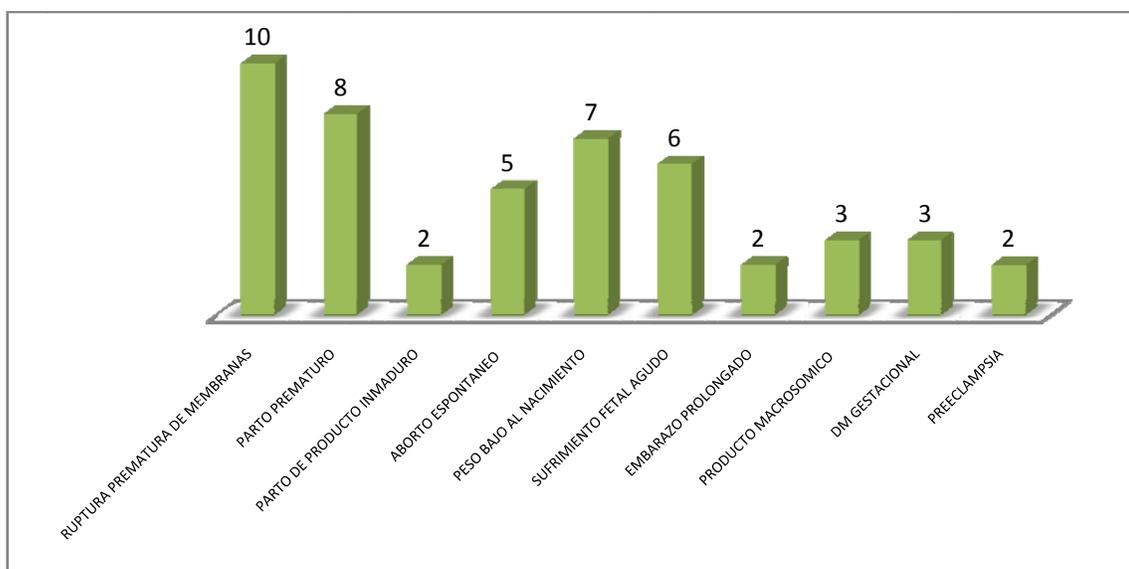
Fuente: Expediente

En relación a las complicaciones solo se encontró en 98(51%) expedientes un registro posterior al nacimiento del producto; de estos 2(2%) se trató de complicaciones en la embarazada de bajo riesgo, mientras que en 33(36%) de las embarazadas de bajo riesgo no ocurrieron complicaciones, y de las 77 embarazadas de bajo riesgo no ocurrieron complicaciones, y de las 77 embarazadas de riesgo 40(52%) tuvo alguna complicación y solo 14(18%) no presentaron complicaciones. De las 96(49%) restantes no se encontró registro en el expediente.

En lo que respecta a las complicaciones registradas en el expediente de las mujeres que continuaron su atención posterior al nacimiento del producto fueron: ruptura prematura de membranas 10(20.8%), parto prematuro 8(17%) y peso bajo al nacimiento 7(14.5%). Ver figura 8.

Figura 8. Frecuencia de complicaciones registradas en el expediente de las embarazadas estudiadas

**Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Enero a diciembre del 2010.**



Fuente: Expediente

Con respecto a los criterios de riesgo positivos, 30(39%) presento de 1 a 2 criterios, 42(55%) presento de 3 a 4 criterios positivos y 5(6%) más de 5 criterios.

Los principales criterios positivos descritos en el formato fueron: tener padres diabéticos, enfermos del corazón o de la presión con 69(90%), seguido de antecedente de cesáreas y/o abortos con 41(34%); se le hinchan los pies, tiene dolor de cabeza y/o zumbido de oídos con 26(34%) y salida de sangre o líquido por vagina 24(31%). Ver tabla 3.

Tabla 3. Distribución por tipo de criterio positivo identificado en el formato de las mujeres embarazadas estudiadas

Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"

Enero a diciembre del 2010.

CRITERIO....	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
TIENE PADRES DIABETICOS....	69	90
PADECE DE DIABETES O CARDIOPATIA	1	1
EDAD <15 O >34 AÑOS	16	21
ESTADO NUTRICIONAL. CINTA BRAQUIAL ROJO	9	12
TALLA BAJA(<1.5M)	22	28
HA TENIDO CESAREAS O ABORTOS	41	53
HIJOS CON PESO AL NACIMIENTO <2.5Kg	10	13
SE LE HINCHAN LOS PIES....	26	34
HA PRESENTADO SALIDA DE SANGRE...	24	31

Fuente: Expediente

4. DISCUSIÓN

El promedio de edad de las mujeres estudiadas fue de 23 años, llama la atención que en un 30% el embarazo ocurrió en la etapa de la adolescencia, cifra superior a la reportada por Ehrenfeld-Lenkiewieze, en su estudio realizado en adolescentes embarazadas en la ciudad de México reporta que del total de embarazos que se registran en el país el 25% corresponde a adolescentes²⁸.

Esta situación es de particular interés ya que la mortalidad materna en menores de 24 años corresponde al 33% del total, generando problemas de salud en los hijos de madres adolescentes, como bajo peso y riesgo de muerte en el primer año de vida, mientras que en la madre adolescente se han reportado tasas más altas para la presentación de complicaciones como el parto prematuro, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino y defectos congénitos, entre otros²⁹.

Otros condicionantes de riesgo es la escolaridad baja, en el presente estudio se encontró que solo un 13% tenían primaria, el mayor porcentaje correspondió al nivel medio superior situación que pudiera propiciar una mejor percepción en cuanto al cuidado de su salud y atención en la vigilancia prenatal con identificación temprana de signos y síntomas que puedan aparecer durante la gestación.

Parte importante de la identificación del riesgo en la mujer embarazada radica en el número de consultas recibidas durante su atención prenatal, en este estudio al analizar el número de consultas se encontró un promedio de 3, el

14% recibió el promedio de 5 consultas establecidas por la NOM 007¹ mientras que el 67% recibió menos, varios autores coinciden en estas cifras^{24, 21} por lo que resulta importante dirigir nuestra atención al porqué de este incumplimiento a la norma, ya que esta situación puede deberse a la asistencia tardía de la mujer embarazada al centro de salud, lo que por sí mismo puede representar un riesgo a la salud materna y fetal, pues se ha encontrado que la cantidad de consultas está relacionado con la disminución de complicaciones²⁴, son muchos los factores que influyen y pueden ser identificados en la atención prenatal los cuales son prevenibles y modificables mediante la supresión del riesgo.

En cuanto al llenado del formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” el 31% no estaba llenado en su totalidad o bien se encontró sin llenar, a pesar de que el formato representa un documento normado para que el medico lo utilice y de esta forma identifique tempranamente riesgo en la embarazada, sin embargo no sucede así, lo que se puede deber a varias razones, entre ellas es posible falta de interés por los médicos del Centro de Salud en la utilización de este formato o que no lo consideren necesario para la identificación del riesgo en la embarazada. Es importante señalar que aunque el médico llene el formato no completa su aplicación al no clasificar el riesgo en base a los criterios, ya que más de la mitad de las embarazadas de riesgo que fueron identificadas no fueron clasificadas por el médico tratante lo que pueda deberse a que el medico llene el formato solo como un requisito o bien a que el formato no tiene ningún

espacio específico donde el médico señale el riesgo otorgado a la mujer. Así mismo, de las mujeres identificadas de riesgo con base al formato, solo 28 fueron referidas a un segundo nivel de atención, lo que llama la atención para conocer los motivos del médico al no referir a la embarazada de riesgo. Estos datos pueden ser el reflejo de un sistema de identificación de riesgo en la gestante poco preciso, tanto en la identificación como en el manejo. Estos datos no pueden ser comparados con algún otro autor pues no se encontró estudios similares reportados en la literatura.

La presente investigación posee limitaciones que es necesario mencionar: los resultados encontrados no pueden generalizarse y solo representan los expedientes revisados en esta unidad. Por tratarse de un estudio retrospectivo se trabajó con expedientes los cuales algunos estaban incompletos, con letra poco legible, destaca que un número importante de embarazadas no regresaron al centro de salud a control posterior, lo que dificultó evaluar la existencia de complicaciones.

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo se puede establecer un perfil de la embarazada y algunas características de su vigilancia: mujer de 23 años, en unión libre, con escolaridad media superior, promedio de consultas de 3, amas de casa, de bajo riesgo, sin conocimiento de las complicaciones posparto cuyos médicos no identifican el riesgo adecuadamente.

5.- CONCLUSIONES

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud. La vigilancia prenatal contempla la prevención de complicaciones durante el embarazo, la identificación y control de factores de riesgo así como el diagnóstico y atención oportuna de las patologías intercurrentes en el embarazo y periodo neonatal.

Todo esto se lleva a cabo mediante una serie de acciones integradas enfocadas a la prevención y educación.

Para facilitar dichas acciones la Secretaria de Salud implementa una herramienta clínica en el expediente de la mujer embarazada que acude para vigilancia prenatal para identificar riesgo obstétrico.

Con base a los resultados del análisis del formato se pudo constatar que no cumple con los criterios establecidos de la Secretaria de Salud en el Manual de Atención de Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros. Recién Nacido Sano, por lo que se propone una nueva revisión de las autoridades competentes y la ayuda de expertos y ajustar dichos criterios. Resulta necesario que se adecue a un lenguaje médico y que se adicionen instrucciones claras de su llenado, específicamente en lo referente a la clasificación para que de esta forma pueda ser utilizado por el equipo de salud. Se sabe que el riesgo obstétrico es un proceso dinámico que requiere ser evaluado en los diferentes momentos del proceso gestacional, sin embargo el formato no cumple con este requisito.

Se propone que una vez que se le realicen las adecuaciones pertinentes se aplique cuando menos en cada trimestre del embarazo.

Es prioritario mejorar la calidad de la atención prenatal por lo que se debe insistir a través de una capacitación al personal de salud la importancia de identificar y estratificar el riesgo para garantizar el desarrollo de un embarazo saludable.

No se pudo identificar si el número de consultas otorgadas se relacionan con las complicaciones al no realizar el seguimiento de los mismos por lo que es necesario que se hagan más estudios para investigar el impacto de la vigilancia prenatal.

En conclusión, si bien es cierto que el formato “Criterios de riesgo en la mujer embarazada en el primer nivel de atención” permite una identificación de riesgo, esta solo es una guía para el médico, pero no debe sustituir su pensamiento y experiencia ante cada embarazada; y más aún como Médico Familiar nuestro enfoque debe dirigirse no solo a los factores biológicos, es decir debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso, para que de esta forma se pueda prevenir la presentación de complicaciones tanto en la madre como en el producto y como consecuencia en el sistema familiar.

Es necesario implementar estrategias locales de educación a la población vulnerable, en lo referente a la salud sexual y reproductiva para posibilitar el embarazo en el caso del que lo desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

Es conveniente continuar con esta línea de investigación para realizar el seguimiento de las propuestas expresadas en este documento.

6.- REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM. 007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
2. Schwartz R, Díaz AG, Fescina RH, De Mucio B, Belltzky R, Delgado LR. Atención prenatal y del Parto de bajo riesgo. Centro latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Pub Científica CLAP No. 1321.01. OPS/OMS 2001.
3. Aguilar MV, Muñoz SR, Velasco VJ, Cabezas GE, Ibargüengoitia OF, Núñez UR. Práctica médica efectiva. Control prenatal con enfoque de riesgo. INSP, Septiembre 2001.
4. Sánchez NH, Pérez TG, Pérez RP, Vázquez NF. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med IMSS 2005; 43(5): 377-380.
5. Quintero JC. Identificación y control de los embarazos normal y de alto riesgo. En: Cifuentes BR, editores. Obstetricia de alto riesgo. Bogotá: Distribuna editorial medica; 2006. p. 86-100.
6. Aguilar JN, Londoño CJ. Evaluación preconcepcional. En: Cifuentes BR, editores. Obstetricia de alto riesgo. Bogotá: Distribuna editorial medica; 2006. p. 73-80.
7. Aguilar MV, Muñoz SR, Velasco VJ, Cabezas GE, Ibargüengoitia OF, Núñez UR. Práctica médica efectiva. Control prenatal con enfoque de riesgo. INSP, Septiembre 2001.
8. IMSS. Guía de referencia rápida. Control prenatal con enfoque de riesgo. Julio 2009.

9. Cárdenas MT, Carrillo C. Boletín de información científica para el cuidado en enfermería. Instituto Nacional de Salud Pública. Octubre 2006.
10. Hernández LB, Trejo PJA, Ducoing DD, Vázquez EL, Tome SP. Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med IMSS 2003; 41(Supl): S59-S69.
11. Hernández VM, Zárate A. Conceptos recientes en la etiopatogenia de la diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:371-7.
12. Sánchez LS, Sánchez LA, Hernández MM, Solorio ME, Torres HR, Guillén CJ. Diabetes gestacional. Comportamiento de los factores de riesgo en población mexicana. Rev Med IMSS 2008; 46 (6): 659-662.
13. Duarte M, Muñoz G, Rodríguez J. Prevalencia, detección, y tratamiento de la diabetes gestacional. Rev Salud Pública Nutr 2004; 5(1):13-17.
14. Perichart PO, Alonso VP, Ortega GC. Fisiopatología y atención nutricia de pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2006; 74:218-23.
15. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2005; 28(1):37-42.
16. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Obstetricia. 2003.
17. Gómez SE. Trastornos hipertensión durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 26(2): 99-114.
18. Rosas M, Lomelí C, Mendoza GC, Lorenzo JA, Méndez A, Férrez SM Santander, Attie F. Hipertensión arterial sistémica en el embarazo. Arch Cardiol Mex 2008; 78:S2, 104-108.
19. Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. Perinatol Reprod Hum 2004; 18: 44-52.
20. Rivera SM, Rivera FJ. Mortalidad materna y anestesia. Rev Mex Anestesiología 2008; 31 S1.

21. Sánchez NH, Pérez TG, Pérez RT. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
22. Díaz ED. Mortalidad materna. Una tarea inconclusa. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
23. López GR, Anaya GM. Mortalidad materna en México, Distrito Federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. Cir Ciruj 2002; 70:44-49.
24. Aguilar BM, Méndez MG, Guevara AJ, Caballero LL. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 215-220.
25. Tena TC, Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2003; 71:409-420.
26. Menkes BC, Suarez LL. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de población, enero-marzo numero 035. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
27. Secretaria de Salud. Manual de Atención. Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano. México, D.F. 2001.
28. Ehrenfeld-Lenkiewiezn. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública Mex 1991: 154-160.
29. Gutierrez GT, Pascacio BE, De la Cruz PA, Carrasco MV. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS 2002; 10(1): 21-25.
30. Oviedo CH, Lira PJ, Ito NA, Grosso EJ. Causas de nacimiento pretermino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:17-23.

31.OMS. Maternal and newborn health. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Departament of Reproductive Health and Research.

7.- ANEXOS

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL EXPEDIENTE

No. FOLIO:

EXPEDIENTE:

1. DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS			
Edad			
Ocupación			
Escolaridad			
Estado civil			
2. FORMATO CRITERIOS DE RIESGO			
Llenado del formato	Completo	Incompleto	Vacío
"CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA"			
1. Padres diabéticos, enfermos del corazón o de la presión.	SI	No	VACIO
2. Padece diabetes o enfermedad del corazón.	Si	No	VACIO
3. Tiene una edad menor de 15 o mayor de 34 años.	Si	No	VACIO
4. Estado de nutrición de la embarazada (cinta braquial en rojo)	Si	No	VACIO
5. Estatura baja (< 1.5m)	Si	No	VACIO
6. Ha tenido cesáreas y/o abortos	Si	No	VACIO
7. Ha tenido hijos que al nacer hayan pesado < 2.5 kg.	Si	No	VACIO
8. Ha tenido más de 5 partos antes de este embarazo.	Si	No	VACIO
9. Se le hinchan los pies, tiene dolor de cabeza y/o zumbido de oídos.	Si	No	VACIO
10. Ha presentado salida de sangre o liquido por su vagina.	Si	No	VACIO
3. CLASIFICACION DE RIESGO			
Clasificación de riesgo	RIESGO BAJO	ALTO RIESGO	NO CLASIFICO
Fue clasificada por el médico tratante	SI	NO	
4. REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (SOLO PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO)	SI	NO	
5. NO. CONSULTAS OTORGADAS EN CONTROL PRENATAL			
6. COMPLICACIONES	SI	NO	No se encontró registro
Tipo de complicación			



CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

JURISDICCION SANITARIA:

FECHA:

NOMBRE:

LOCALIDAD:

EDAD:

MARQUE CON UNA X EL PARENTESIS CORRESPONDIENTE

1 TIENE PADRES DIABETICOS, ENFERMOS DEL CORAZON O DE LA PRESION?	SI ()	NO ()
2 PADECE DE DIABETES, ENFERMEDAD DEL CORAZON?	SI ()	NO ()
3 TIENE UNA EDAD MENOR DE 15, O MAYOR DE 34 AÑOS	SI ()	NO ()
4 ESTADO DE NUTRICION DE LA EMBARAZADA (CINTA BRAQUIAL EN ROJO)	SI ()	NO ()
5 ESTATURA BAJA (MENOR DE 1.5m)	SI ()	NO ()
6 HA TENIDO CESAREAS Y/O ABORTOS	SI ()	NO ()
7 HA TENIDO HIJOS QUE AL NACER HAYAN PESADO MENOS DE 2.5 Kg?	SI ()	NO ()
8 HA TENIDO MAS DE 5 PARTOS ANTES DE ESTE EMBARAZO?	SI ()	NO ()
9 SE LE HINCHAN LOS PIES, TIENE DOLOR DE CABEZA Y/O ZUMBIDO DE OIDOS?	SI ()	NO ()
10 HA PRESENTADO SALIDA DE SANGRE O LIQUIDO POR SU VAGINA?	SI ()	NO ()

CRITERIOS DE CALIFICACION

- * SI TODAS LAS RESPUESTAS FUERON NEGATIVAS SE CLASIFICA CON BAJO RIESGO DEBIEND ASISTIR A UN CENTRO DE SALUD PARA REALIZAR SU CONTROL PRENATAL CON UN MINIMO DE 5 CONSULTAS
- * SI TIENE MAS DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA, SE CLASIFICA COMO EMBARAZO DE RIESGO DEBIENDO ASISTIR A UN CENTRO DE SALUD PARA SU MANEJO COMO PACIENTE PRIORITARIA.

Dra. María del Socorro Corona Arcos

Directora del centro de salud

TIII “Dr. José Castro Villagrana”

Presente:

Por medio del documento me permito solicitar su autorización para realizar la fase de campo de mi protocolo de investigación titulado “Factores que contribuyen a la falta de identificación de la embarazada de riesgo en una unidad de primer nivel de atención”, dentro de las instalaciones del centro de salud a su digno cargo.

Esta fase consiste en la revisión de expedientes clínicos de pacientes embarazadas que acudieron a consulta en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2010.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, el tipo de estudio a realizar es considerado como una “Investigación sin riesgo”.

De antemano agradezco su atención y las facilidades otorgadas para la realización de dicha investigación.

Me despido de usted enviando un cordial saludo, esperando además goce de buena salud.

ATTE.

Dra. Raquel Pérez Ignacio

Residente de 3° año Curso de especialización
en Medicina Familiar.