



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**“DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN
PACIENTES EMBARAZADAS EN LA UMF 21 EN EL AÑO 2013”**

NUM. DE REGISTRO: R 2013-3703-15

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. HERNÁNDEZ DÍAZ LEOBARDO SERGIO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES:

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS “FRANCISCO
DEL PASO Y TRONCOSO”

Facultad de Medicina



DRA PATRICIA ALCANTARA HERNANDEZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF No 21

MÉXICO DISTRITO FEDERAL 2014





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.

ÍNDICE

Índice	2
Autorizaciones de tesis	3
Resumen	6
Marco teórico	8
Justificación	29
Planteamiento del problema	31
Pregunta de investigación	33
Objetivo general y específicos	34
Hipótesis	35
Material y métodos	36
Variables	39
Aspectos éticos	42
Recursos, financiamiento y factibilidad	43
Resultados	44
Discusión	53
Conclusión	55
Sugerencias	56
Referencias bibliográficas	57
Anexos	60

**“DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN
PACIENTES EMBARAZADAS EN LA UMF 21 EN EL AÑO 2013”**

AUTORIZACIONES DE TESIS

**DRA. MARIBEL MUÑOZ
GONZALEZ**

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS

“Francisco del Paso y Troncoso”

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de

Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DR. JUAN FIGUEROA GARCÍA

Profesor Titular de La Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar

No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

**ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS
ARAGON**

Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de

Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

**ASESOR: DRA. PATRICIA
ALCANTARA HERNÁNDEZ**

Médico Familiar Adscrito a la

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DEDICATORIAS:

A Dios.

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mi Abuelita. Gabriela

Por todo su apoyo y comprensión durante mi formación como especialista de Medicina Familiar, así como por todas sus enseñanzas de vida.

A mi Madre. Inés

***Por haberme dado educación y por todo el gran apoyo que ha dado en cada una de las metas que me he propuesto como estudiante y como profesional de la salud.
¡Gracias por darme la vida!***

A mi Padre. Sergio

Quien a pesar de ya no estar físicamente conmigo fue un gran impulso para continuar en mi adiestramiento como especialista.

A mi Hermano. Daniel.

Porque siempre he contado con su apoyo, gracias por la confianza que me has brindado.

A mis Profesores.

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, en especial: Dra. Leonor Campos Aragón, Dra. Patricia Alcántara Hernández, Dra. Teresa Salazar Cordero, Dr. Javier Crespo Salazar. A todos y cada uno de los doctores que formaron parte de nuestra formación de adiestramiento de cada una de las áreas de rotación en el HGZ 30, HGZ 2A, HP UMF 10.

A mis amigos.

Por cada uno de los momentos de alegría, empatía, pero sobre todo por el crecimiento personal y profesional. Gracias por las guardias tan divertidas en el HGZ 30 y en la UMF 21. Gracias Mariana Montserrat Barragán Ortiz y Omar García Martínez.

**“DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE ALTO
RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES
EMBARAZADAS EN LA UMF 21 EN EL AÑO 2013”**

RESUMEN

Introducción: 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.

Objetivo: Identificar el porcentaje de alto riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de la UMF 21.

Material y Método: Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, medición simultánea con pacientes embarazadas que se encuentran en control prenatal, derechohabientes de la UMF No. 21, siguiendo los criterios de la "Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio" así como los de la guía de práctica clínica del IMSS para vigilancia y manejo del parto. El instrumento utilizado fue el de "vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico" validado en el IMSS para riesgo obstétrico y reproductivo. Estadísticamente se aplicaron medidas de tendencia central en cada una de las variables y chi cuadrada en las variables cualitativas.

Resultados: En conjunto se encontró al realizar el análisis estadístico un porcentaje menor al 15% de alto riesgo obstétrico, por mencionar relacionamos las malformaciones congénitas muestran un 8.5% y en segundo lugar la pre eclampsia y eclampsia con un 7.5% mientras que en un alto porcentaje encontramos que no presentan antecedentes obstétricos ya que la mayoría de nuestra población es primigesta.

Conclusiones: Se obtuvo un 13.5 % de riesgo obstétrico una cifra menor a la que se esperaba en nuestra hipótesis, esto puede ser porque el instrumento que utilizamos no cuenta con los suficientes parámetros para evaluar un alto riesgo obstétrico.

Palabras clave: Historia obstétrica, alto riesgo obstétrico, pre eclampsia, eclampsia, malformaciones congénitas, primigesta.

ABSTRACT

Introduction: Several systems for the investigation of the pregnant high- risk obstetrics have been proposed by different authors, and each consists of a list of conditions which are known and are associated with adverse perinatal outcomes. These systems include the risk factors among medical complications affecting the mother, or a history of poor obstetric history. Some systems provide a numerical value of the risk factors, depending on the severity of symptoms , with a total score that represents the severity of the potential problem.

Objective: To identify the percentage of high-risk obstetrics in pregnant patients UMF 21

Material and Methods: An observational , cross-sectional , prospective, descriptive study , simultaneous measurement with pregnant patients who are on birth control , assigns the UMF No. 21 , following the criteria of the " Mexican Official Standard NOM- 007 - 1993 -SSA2 , care for women during pregnancy , childbirth and postpartum and newborn. Criteria and procedures for the provision of service " as well as the clinical practice guideline for the monitoring and management IMSS delivery. The instrument used was the "reproductive risk prenatal and obstetric risk monitoring " validated in the IMSS for obstetric and reproductive risk . Statistical measures of central tendency in each of the variables and chi square for qualitative variables were applied.

Results: Overall we found the statistical analysis a percentage lower than 15 % of high-risk obstetrics, to mention relate congenital malformations show a 8.5 % and second -eclampsia and eclampsia with 7.5 % , while in a high percentage found to have no obstetric history as most of our population is primigravida.

Conclusions: 13.5% of obstetric risk lower figure than expected in our hypothesis was obtained , this may be because the instrument we use do not have enough parameters to assess high -risk obstetrics .

Keywords: obstetrical history , high-risk obstetrics, preeclampsia, eclampsia, congenital malformations, primigravida

MARCO TEORICO

Aspectos epidemiológicos

Según estimaciones para el año 2005, 4 y medio millón de mujeres (en su mayoría de países en desarrollo) pierden la vida cada año por complicaciones del embarazo o el parto. El mayor riesgo de muerte correspondía a la Región de África, donde se registraban 900 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos frente a apenas 27 por 100 000 en la Región de Europa. De hecho, la mitad de las defunciones maternas se produjeron en la Región de África, y otra tercera parte en la Región de Asia Sudoriental. Un análisis de las estimaciones indicó que entre 1990 y 2005 ninguna región de la OMS logró la disminución anual del 5,5% de la mortalidad materna necesaria para alcanzar la meta correspondiente de los ODM.5 La Región de Asia Sudoriental, la Región de Europa y la Región del Pacífico Occidental mostraron descensos anuales de apenas un 2,4% aproximadamente. Parecía haber un estancamiento o incluso un posible empeoramiento de la situación tanto en la Región de África como en la Región del Mediterráneo Oriental. La mortalidad materna es el indicador de salud que muestra¹ mayores desigualdades entre ricos y pobres, tanto entre los países como dentro de ellos.

Una de las intervenciones orientadas a reducir la mortalidad materna consiste en garantizar el acceso de todas las embarazadas a servicios de planificación familiar y a una atención cualificada durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que incluye la atención obstétrica de urgencia para el tratamiento de las complicaciones. En el mundo ha aumentado la proporción de nacimientos

atendidos por personal de salud cualificado, con avances particularmente notables en la Región del Mediterráneo Oriental. Sin embargo, no se ha registrado ninguna mejora en la Región de África. Tanto en esta como en la Región de Asia Sudoriental, menos del 50% de las mujeres recibieron atención cualificada durante el parto.^(1,2)

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. Si bien el número de muertes maternas ha descendido de 1477 a 992 defunciones durante el periodo 1990-2010, la razón de mortalidad materna (calculada como el número de muertes maternas entre el número de nacimientos por cien mil) ha permanecido prácticamente constante, con una ligera tendencia a la baja durante los años más recientes. De tal forma, la razón de mortalidad materna (RMM) ha pasado de 61 muertes por cada cien mil nacimientos en 1990 a 51.5 en 2010, con un repunte registrado en 2009 a causa de la pandemia de influenza que afectó, particularmente, a las mujeres embarazadas. Lo dramático de la mortalidad materna es que se considera completamente evitable, por lo que constituye uno de los mayores motivos de vergüenza de nuestro sistema de salud. La reducción de la RMM está entre los principales indicadores de salud y representa una de las metas de desarrollo comprometidas para el milenio.⁽³⁾

Control Prenatal

Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término ⁽⁴⁾.

Para Oyarzun y Poblete (2000), El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes

Los objetivos generales del control prenatal son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre.⁽⁵⁾

Se denomina control pre-natal eficiente al que cumpla con cuatro requisitos básicos; de acuerdo con ellos; debe ser:

Precoz: El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

Periódico o Continuo: La frecuencia de los controles pre-natales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta (30) días hasta el 7mo. y 8vo.mes y luego cada quince días hasta el término del embarazo; en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas paciente que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten. ⁽⁶⁾

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

Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. ⁽⁴⁾ .

Identificación de factores de riesgo.

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión. ⁽⁷⁾

Entendiéndose así que el control prenatal adecuado es aquel que cumple con las siguientes características:

Se inicia en el primer trimestre (antes de la semana 20 de gestación).

Realización de 6 o más controles donde hayan sido evaluado todos los factores de riesgo. ⁽⁸⁾

Contenido de las Consultas Prenatales

Definir el riesgo

Evaluar la evolución del embarazo.

Planificar la solicitud de estudios complementarios.

Rastrear y tratar las patologías encontradas.

Realizar consejería.

- Organizar vacunación.
- Programar asistencia odontológica.
- Promover la participación en grupos de preparación para el parto.
- Promover la lactancia materna.⁽⁸⁾

Primera Consulta.

La primera consulta es muy importante, permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo, pero en primera instancia se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examinará totalmente a la paciente realizando anamnesis (se debe recabar información de los antecedentes personales tales como hipertensión, diabetes, infecciones urinarias, hábitos, incompatibilidad sanguínea, problemas tiroideos, cardiacos, gineco-obstétricos (menarquia, anticoncepción, gestas anteriores, abortos, periodo intergenésicos, pesos de recién nacidos previos) y familiares (gestas múltiples, hipertensión, diabetes); examen físico y una serie de exámenes auxiliares:

- Exámenes de sangre: test de Embarazo, hemograma completo (verificar si hay anemia), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal), glicemia (diabetes gestacional), reacciones serológicas para sífilis, test de ELISA para HIV, dosaje de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés.

- Examen completo de orina: en busca de infección urinaria o albuminuria (eclampsia).
- Test de citología (Papanicolau), para descartar cáncer de cuello uterino.

- Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas embarazo permite establecer la edad gestacional con mayor precisión.^(8,9,10)

Acciones y Procedimientos Periódicos:

Apertura del Carnet Perinatal y elaboración de la Historia Clínica Perinatal:

Proporciona información necesaria de manera simple, identifica riesgos en la madre y registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido.

Examen Físico

En todas las visitas se deberá consignar:

1. Peso y talla: Debe constar el peso previo a la concepción y el peso de cada visita. El aumento de peso en la embarazada sana debe estar entre 9 y 12kg, repartidos así: 1,5 a 1,8kg durante el primer trimestre, 3,5kg en el segundo y el resto en el tercero, a un promedio de 350g a 400g por semana. La deficiencia de peso antes del embarazo y una ganancia inadecuada durante el mismo, son factores importantes en la restricción del crecimiento intrauterino y en el aumento de la morbi-mortalidad fetal. En las mujeres obesas antes del embarazo, el aumento de peso debe ser menor que en el resto porque es en este grupo donde la mortalidad perinatal es mayor.^(10,11,12,13)

2. Tensión Arterial (TA): Se debe tomar la TA en cada consulta. Esta debe realizarse al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. Esta maniobra se realiza para la detección precoz de hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas ocasiones puede llevar al

desencadenamiento de Pre-eclampsia. El diagnóstico y tratamiento de este problema de salud aporta claros y contundentes beneficios.

3. Altura Uterina (AU): Se debe registrar la AU en cada consulta a partir de la semana 12, dado que previo a esto el útero es intrapélvico. Idealmente debe ser tomada por el mismo operador, consignándola en un gráfico de acuerdo a la edad gestacional. Si la fecha de última menstruación (FUM) es confiable, la medición de la AU tiene un 90% de especificidad y casi un 85% de sensibilidad para el diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) cuando es tomada por el mismo observador en consultas sucesivas. A su vez aporta información diagnóstica en la evaluación de la discordancia entre la edad gestacional (EG) y la AU en el embarazo gemelar, polihidramnios y macrosomía fetal.^(14,15)

4. Latidos Cardiacos Fetales: Se deben buscar a partir de la semana 10–12 de gestación con aparato ultrasónico Doppler y a partir de la semana 18-20 con el estetoscopio de Pinard. La auscultación de los latidos fetales solo nos aporta información instantánea sobre la vitalidad fetal no teniendo correlación con eventos futuros.

5. Movimientos Fetales: En los primeros embarazos las mujeres los perciben alrededor de la semana 20 y en multíparas a partir de la semana 16.^(14,15,16)

6. Presentación Fetal: Puede ser cefálica, o pelviana. Puede variar a lo largo del embarazo, pudiéndose modificar hasta la semana 36 de gestación.

Las nulíparas con presentación pelviana o situación fetal transversa, tienen indicación de cesárea.

7. Examen mamario: se debe realizar consejería desde las primeras consultas. Evidenciar estado de mamas, piel y pezones para luego intervenir, aunque la presencia de pezones invertidos no tiene una fuerte asociación con dificultades en la lactancia posterior.

8. Edad Gestacional: Consignar en cada encuentro.⁽¹⁶⁾

Estudios Complementarios

Antes de la semana 13 se deben solicitar:

1. Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo)
2. Hemograma
3. VDRL*
4. Serología para Toxoplasmosis pareada*
5. Serología para VIH
6. Uroanálisis (y urocultivo de acuerdo a las necesidades particulares de la gestante)
7. Ecografía (tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.

* Estas serologías deben repetirse entre las semanas 28 y 32, según el resultado previo.

Entre la semana 24 y 28 de gestación:

9. glucemia en ayunas

10. HBs Ag

11. Chagas ^(15,16,17)

12. Monitoreo Fetal: Consiste en el registro en forma gráfica de la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas, nos aporta datos acerca de la condición fetal inmediata. A menos que surja evidencia que demuestre lo contrario, su uso debe ser restringido a situaciones en las que se sospeche hipoxia fetal aguda y en ocasiones para realizar monitoreo fetal intraparto. Alteraciones en el curso normal del embarazo pueden requerir como método complementario de diagnóstico, monitorizaciones adicionales.

Hasta el momento no hay información que permita inferir que el uso en forma rutinaria del monitoreo fetal este asociado a mejores resultados durante el control prenatal. ^(15,16,17)

13. Papanicolaou (PAP): Se debe realizar según las normas establecidas para esta práctica. Se debe recordar que en muchas ocasiones el control prenatal es uno de los pocos contactos con el médico y no realizarlo sería una oportunidad perdida. Por comodidad de la paciente y para facilitar la toma de la muestra se debería realizar antes de las 28 semanas; sin embargo, esto no debe ser un limitante, por el contrario el médico debe

realizar la toma de muestra en cualquier momento del embarazo donde exista la oportunidad. ^(15,16)

Quimioprofilaxis

Suplementación con ácido fólico para prevención de defectos del tubo neural (DTN). La prevalencia de DTN es de 1-8/1000. Las condiciones asociadas a esta malformación son:

- Anencefalia
- Espina Bífida
- Meningocele y mielomeningocele
- Morbilidad Asociada: paraplejía, incontinencia de esfínteres, impedimentos físicos y mentales.⁽¹⁶⁾

El suplemento con ácido fólico disminuyó el riesgo de primera ocurrencia de DTN en un 40% en embarazos de bajo riesgo. Por lo que el suplemento rutinario con 1 mg/día de ácido fólico en prevención primaria, desde un mes antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación aporta claros beneficios. En prevención secundaria, cuando existe un caso de DTN en la familia (padres o hijos) la dosis de ácido fólico es de 4mg/día.⁽¹⁶⁾

Se debe suplementar a las mujeres gestantes con 1 mg/día de ácido fólico desde un mes antes de la concepción hasta la semana 12 de gestación para la disminución de los defectos del tubo neural.

Suplementación con calcio una adecuada ingesta de calcio diaria (1 gramo/día) produce una reducción en el riesgo de tensión arterial elevada durante el

embarazo y una substancial disminución del riesgo en mujeres con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial durante el embarazo.

Psicoprofilaxis obstétrica.

Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja programada, apropiada y que tiene por objeto, permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

6. Medicamentos.

Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, cuya inocuidad no ha sido comprobada, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica, siempre tomando en cuenta riesgo-beneficio de estos.^(15,16)

Inmunizaciones

Vacuna antitetánica: En gestantes sin esquema completo se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis, que se iniciará a las 24 semanas y se repetirá con un intervalo no menor a 4 semanas. La aplicación de una tercera dosis 6 a 12 meses después de la segunda, confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años; mientras que, en gestantes con esquema de antitetánica completo que hayan sido vacunadas dentro de los últimos 10 años, se les puede indicar solo un refuerzo en la semana 28.

Vacuna antigripal: Las embarazadas con alguna patología de base que requiera vacunación deben ser vacunadas cuando comienza la temporada de gripe independientemente de su edad gestacional. Aquellas mujeres que no tengan indicación especial deben ser vacunadas en la semana 14 de gestación.

Otras vacunas: La vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) está *contraindicada* en el embarazo, pero últimos trabajos han demostrado que en mujeres vacunadas, sin anticoncepción que gestaron no se presentaron síndromes en relación a estos virus. Las indicaciones para la profilaxis de vacunación contra Hepatitis B no se encuentran alteradas por el embarazo.^(15,16,17)

Educación

Preparación de las mamas y lactancia materna: En la primera consulta se deben evaluar las mamas y comenzar precozmente con la promoción de la lactancia materna. Se deben cuidar especialmente los pezones, aireándolos, lubricándolos con calostro o cremas de caléndula o con lanolina. Dentro de las posibilidades se deben exponer al sol para fortalecerlos y así prevenir futuras grietas. Se pueden realizar ejercicios para los pezones umbilicados o cortos, tomando el pezón entre los dedos índice y pulgar y traccionando suavemente rotándolo en el sentido en forma circular hacia uno y otro lado.⁽¹⁸⁾

Curso de preparación para el parto: Es un espacio que las embarazadas y sus parejas encuentran para aprender, hablar de sus inquietudes y aclarar dudas.

Toda embarazada debe tener la oportunidad de concurrir a uno de estos cursos. Se recomienda iniciarlo entre la semana 26 y 28. ^(16,17)

Consejería

Esta debe ser una herramienta de prevención y de promoción de la salud. Debe incluir: reaseguro en salud, intervenciones sobre temas específicos, guía anticipatoria y pautas de alarma.

Reaseguro en salud: Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma. El embarazo es una etapa especial de la vida pero de ninguna manera invalidante. Se debe fomentar un cuidado sano de la embarazada, evitando conductas sobreprotectoras o abandonicas.

Relaciones Sexuales: La normalidad en relación a este tema, es lo que cada pareja esté en condiciones de aceptar. Es real que a lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios. El médico debe conversar con su paciente y su pareja en relación a este tema y reasegurar que las relaciones sexuales no dañan al bebe y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja, siempre y cuando no exista alguna contraindicación de la misma.

Actividad Física: Se considera que la actividad física que la mujer realizaba antes de estar embarazada es la más adecuada para el embarazo. Realizar ejercicio moderado no es perjudicial ni para la madre ni el feto. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia. Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.

Alimentación: La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 grs. de yogurt o 1 porción de queso tamaño de 1 cassette o 1 huevo o 2 cucharas soperas de queso blanco).⁽¹⁸⁾

Tabaquismo y alcohol: El consumo de alcohol durante el embarazo se asocia a bajo peso al nacer, aunque no se sabe cuánto alcohol sería perjudicial para el feto, se aconseja no ingerir alcohol durante el embarazo. El fumar se asocia a una variedad de efectos adversos para el feto en numerosos estudios, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación.

Consejo Genético: Existen algunos test para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con alfa feto proteína baja, estriol no conjugado bajo, y gonadotropina coriónica humana aumentada, entre la semana 10-12 de gestación identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

La evaluación de la translucidez nucal mediante ecografía realizada durante la semana 9 a 14 de gestación tiene una sensibilidad del 75%, aunque es un test muy operador dependiente requiriendo un buen entrenamiento por parte del ecografista. No se recomienda su uso para rastreo en forma rutinaria. El consejo genético en países donde el aborto es ilegal, conlleva la problemática de que es lo que se le va a ofrecer a las pacientes una vez hecho el diagnóstico.

Probablemente la conducta más adecuada en este punto sea informar a la paciente antes de iniciar una estrategia de rastreo.⁽¹⁸⁾

Periodicidad Del Control Prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).⁽¹⁸⁾

En la obstetricia moderna actual lo más importante, al final del embarazo, es lograr que la madre y el recién nacido se encuentren en excelentes condiciones de salud. Lo anterior se consigue con vigilancia prenatal y durante el trabajo de parto y el alumbramiento; además de la atención del producto de la gestación, el neonato.⁽⁷⁾

Existe un gran reto para el sector salud que es poder dar cobertura a toda la población en cuanto al control prenatal, siendo una medida de prioridad para impedir que existan complicaciones dentro del embarazo.⁽¹⁸⁾

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. 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.⁽¹⁹⁾

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. 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 enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de

riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.^(19,20)

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. El grado de asociación se determina mediante el llamado *riesgo relativo*, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual.

La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos necesarios para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena eficacia las acciones médicas, así como establecer aquéllas encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas.⁽²⁰⁾

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.^(21,22)

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes. Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados. El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo. 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 óptimo.^(19,20,21,22)

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

Ésta se hace según *EL manual de diagnóstico y tratamiento* (La Habana, 1997).

BAJO RIESGO

1. Déficit nutricional grados III y IV.

2. Muerte perinatal.
3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoinmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.

ALTO RIESGO

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.⁽²²⁾

CONDICIONES QUE SE DEBEN VIGILAR EN EL CONSULTORIO

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
2. Paridad: mayor que 6 hijos.
3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.

5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.⁽²²⁾

JUSTIFICACION.

El presente estudio se realiza con el principal motivo de poder identificar el porcentaje de pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico, basándonos principalmente en la educación que se les proporciona a las pacientes mientras acuden a su control prenatal, esto servirá para disminuir cierta manera la mortalidad materna, que como sabemos se encuentra cada vez más en aumento. En nuestro país se realiza poca investigación estadística sobre cuáles son los principales factores que están acuñando a que las pacientes embarazadas lleguen hasta un alto riesgo obstétrico y que muchas veces por no saber identificar los puntos claves y realizar un envío oportuno a segundo o tercer nivel se encuentran en un peligro inminente la vida de ambos.

Se verán beneficiadas las pacientes embarazadas ya que no solo tendrán mayor información sobre su embarazo sino que también tendrán el conocimiento de cómo actuar en caso de presentar alguna complicación, por otro lado se beneficiará nuestra institución y a su vez el sistema de salud al tener menor número de muertes maternas viendo el beneficio desde el aspecto económico y social.

Se enriquecerá la investigación en cuanto al control prenatal, el riesgo obstétrico que son temas de los cuales se cuenta con poca literatura y además aportaríamos nuevos conocimientos que facilitarían a próximas generaciones en buscar por qué si son un rubro muy importante las embarazadas no se les da la importancia suficiente, o bien acabar con los paradigmas de que en unos años seremos más viejos que jóvenes todo esto a causa del crecimiento poblacional, caemos en una

falacia ya que siempre existirán los nacimientos y por ende las mujeres embarazadas.

Se espera se inicie una nueva etapa en la que se puedan identificar con mayor frecuencia cuales son los errores que muchas veces tenemos al estar en la consulta de control prenatal y que por muy mínimos que sean tendrán repercusiones severas en nuestras pacientes, de ahí que proponemos ser más estrictos y metódicos al momento de tener una paciente embarazada con un alto riesgo obstétrico del cual dependerá si evoluciona, para esto nosotros estamos obligados a dar educación en cada consulta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestro país aumentan más día a día las muertes maternas, por lo que se convierte en un problema de salud pública, la falta de información, la cultura y la asistencia médica de calidad son factores importantes que influyen en las pacientes embarazadas. El acudir cada mes a su UMF o bien a su institución médica es para poder determinar el riesgo obstétrico dependiendo de las características de las pacientes.

Hoy en día nuestra realidad pinta diferente la situación de cada una de las pacientes embarazadas, puesto que muchas de ellas no cuentan con servicio de atención médica y las que cuentan con el no tienen un control prenatal adecuada que no cumple con cada uno de los puntos que se deben de realizar.

La educación es otro punto muy importante que hace falta cuando asisten a su control prenatal cada mes, puesto que la mayoría de las ocasiones no se les informa sobre los signos de alarma o bien no se anotan en el expediente clínico y cuando tiene su nueva cita si no se encuentra su médico de cabecera no se sabe si cuenta con algún antecedente de importancia que pueda estar ocasionando las complicaciones, la vida del producto se encuentra en peligro.

Así mismo cada uno de los resultados que se obtengan se tomaran mucho en cuenta para saber en qué se está fallando , porque cada día mueren más mujeres sin saber que la raíz esta esta desde llevar un adecuado control prenatal, saber

informar a las pacientes sobre las posibles complicaciones que se puedan presentar en el transcurso del embarazo. Lograremos instaurar que uno médico debe ser un buen docente con las pacientes embarazadas, además de reportar cada uno de los puntos culminantes que nos puedan dirigir a un envío oportuno a segundo o a tercer nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el porcentaje de alto riesgo obstétrico en pacientes embarazadas en la UMF 21 en el año 2013?

OBJETIVO

Objetivo general:

Identificar el porcentaje de alto riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de la UMF 21.

Objetivos específicos:

Identificar principales factores de alto riesgo obstétrico en la mujer embarazada.

Evaluar si se realizan envíos oportunos a segundo nivel de embarazo de alto riesgo con riesgo obstétrico mayor a 4.

Evaluar el cumplimiento de programas integrados a pacientes embarazadas.

HIPOTESIS

No se aplica al ser un trabajo descriptivo observacional transversal, pero por razones académicas se da la siguiente:

Existe un porcentaje superior a 15% de riesgo obstétrico alto en pacientes embarazadas de la UMF 21.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL PROYECTO:

TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

Es un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, medición simultánea con pacientes embarazadas que se encuentran en control prenatal, derechohabientes de la UMF No. 21, siguiendo los criterios de la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio” así como los de la guía de práctica clínica del IMSS para vigilancia y manejo del parto. Se aplicará estadística descriptiva con el programa SPSS versión 21.

DEFINICION DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

- a) Lugar de estudio: El estudio será realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS de la delegación sur del Distrito Federal.
- b) Población del estudio. Pacientes embarazadas de entre 15 y 40 años de edad en control prenatal, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.
- c) Periodo del estudio.
Del 01 de marzo al 28 de diciembre del 2013.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Mujeres embarazadas entre los 17 y 40 años de edad.
2. Ser derechohabientes de la UMF 21.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio.
4. Que acudan a control prenatal.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. No derechohabientes
2. Que no acepten participar en el estudio.

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Que no hayan respondido el 100 % de todos los ítems de la escala.

Estrategia de muestreo

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Total de 252 mujeres embarazadas , se aplicó una fórmula e población conocida para proporción, se aplicarán las encuestas de agosto a diciembre 2013.

CÁLCULO DE LA MUESTRA: Para determinar el tamaño de muestra se acudió a Enseñanza y por medio del Diagnóstico de Salud , cuyos datos fueron obtenidos del ARIMAC para conocer la totalidad de mujeres embarazadas derechohabientes de UMF # 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:

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

Donde:

N= 252 mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 21 durante el año 2013.

Z= Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d=Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p=Proporción de observación que espera obtener en una categoría (0.15)

Q=Otra parte del porcentaje de observación en una categoría y es igual a 1-p

1-0.15

$$N = \frac{252(1.96)^2(.15)(1-0.15)}{(252-1)(0.05)^2 + 1.96^2(0.15)(1-0.15)}$$

$$N = \frac{252(3.84)(0.15)(0.85)}{(252)(0.0025) + (3.84)(0.15)(0.85)}$$

$$N = \frac{252(3.84)(0.12)}{(252)(0.0025) + (3.84)(0.12)}$$

$$N: \frac{116}{1.09}$$

N:106

VARIABLES

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de Variable.	Indicador
Edad.	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento	La consignada en el expediente y/o cuestionario de aplicación	Cuantitativa Discreta.	17.17 18.18 19.19 20.20 21.21 22.22 etc. 40.40
Peso	La fuerza que ejerce un determinado cuerpo sobre el punto en que se encuentra apoyado. Unidad de medición en kilogramos	La consignada en el expediente y/o cuestionario de aplicación	Cuantitativa discontinua	60. 60 61. 61 62. 62 63. 63 64. 64 etc. 70. 70
Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo	El encontrado en el expediente y/o cuestionario de aplicación.	Cuantitativa discontinua	149. 149 150. 150 151. 151 152. 152 etc 170. 170
Escolaridad	Máximo nivel académico alcanzado	El encontrado en el expediente y/o cuestionario de aplicación.	Cualitativa ordinal	1. Primaria o menos 2. Secundaria o más
Gestación	Proceso de crecimiento y desarrollo fetal	Número de embarazos. El	Cualitativa ordinal	1. 1 2. 2 3. 3 o más

	intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento.	encontrado en el expediente y/o cuestionario de aplicación.			
Parto	Es la culminación del embarazo humano, periodo de salida del útero del materno.	El encontrado en el expediente y/o cuestionario de aplicación	Cualitativa Nominal	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 o más	
Aborto	Es la interrupción y finalización prematura del embarazo.	El encontrado en el expediente y/o cuestionario de aplicación	Cualitativa Nominal	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 o más	
Cesárea	Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta, a través de una incisión.	Lo consignado en el expediente.	Cualitativa nominal.	0. 0 1. 1 2. 2 3. 3 o más	
Periodo intergenesico	Se refiere al período tiempo comprendido entre dos nacidos vivos	Lo consignado en el expediente.	Cualitativa nominal.	1. Menos de 25 meses. 2. 25 a 60 meses 3. Más de 60 meses	

consecutivos				
Antecedentes personales patológicos	Conjunto de enfermedades o padecimientos que ha presentado durante toda su vida.	Lo consignado en el expediente.	Cualitativa nominal.	0. Ninguno 1. HAS 2. DM2 3. Colagenopatías 4. Reumaticas 5. Tabaquismo 6. Alcoholismo 7. Toxicomanias 8. Cardiopatía
Antecedentes obstétricos	Conjunto de enfermedades o padecimientos que ha presentado durante el embarazo y posterior a este.	Lo consignado en el expediente.	Cualitativa nominal.	0. Ninguna 1. Preclampsia y eclampsia 2. Polihidramnios 3. Sangrado de tercer trimestre. 4. Parto pretermino 5. Bajo peso al nacer 6. Malformación congénita 7. Muerte fetal tardía 8. Macrosomia 9. Cirugía pélvico uterina 10. Otros

ASPECTOS ÉTICOS

- a. En esta investigación no se pone en peligro la vida, ya que se realizará encuesta a pacientes embarazadas en control prenatal, adscritos a la UMF No. 21 del IMSS delegación 4 Sur del Distrito federal, para analizar el riesgo obstétrico; por lo anterior solo se solicitara el consentimiento informado anexo.

- b. La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores. Respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia.

- c. En el presente estudio de investigación se realizara el consentimiento informado por escrito aunque no se está atendido contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respeto cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de estados unidos mexicanos (regla común).

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS.

- 1.-Pacientes que acepten participar en estudio.
- 2.-El propio investigador.
- 3.-Asesor metodológico.

RECURSOS MATERIALES.

Computadora, papelería de oficina.

Software Windows vista, paquete estadístico SPSS 21 y excel.

Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 252 embarazadas de las cuales solo se tomaron 106, valorando desde la edad hasta los antecedentes obstétricos para lo que se utilizaron medidas de tendencia central para tener parámetros más exactos de cada uno de los elementos que pueden aumentar el riesgo obstétrico. Los resultados globales los encontramos en la **Tabla 1.**

Tabla 1

Estadísticos

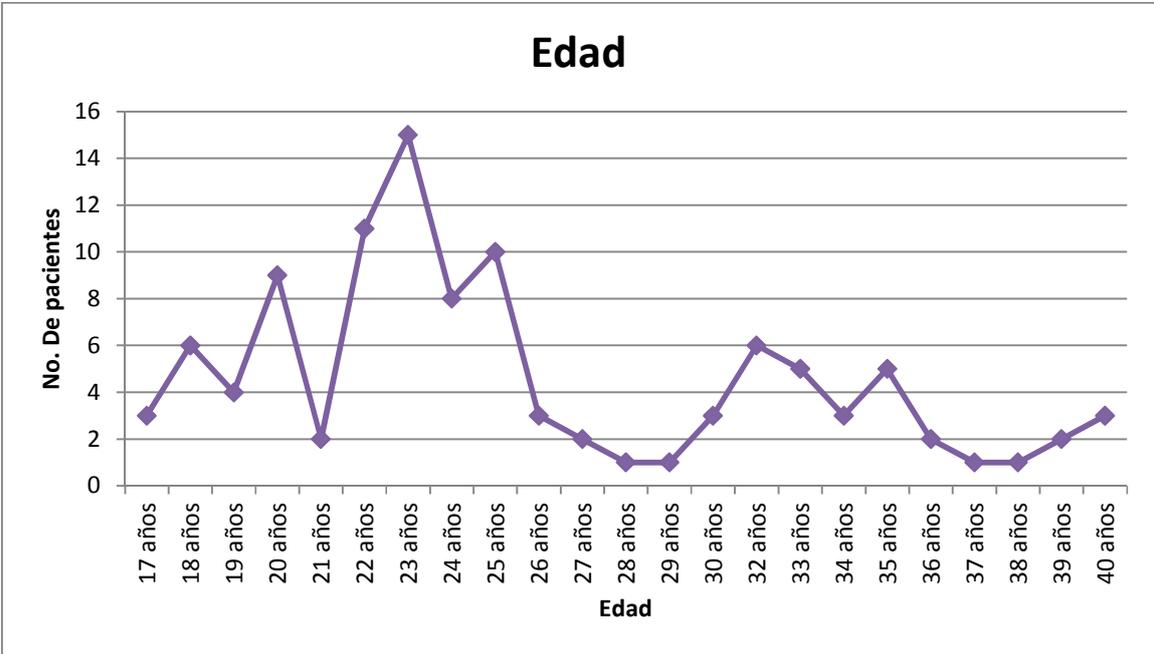
	AntsPers	Edad	Peso	Talla	Esco	Gesta	Para	Abortos	Cesárea	Intergen	AntsObst
N	Válidos	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106
	Perdidos	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Media	,7736	25,89	61,48	156,93	1,7358	1,4057	,2075	,0849	,1132	,4906	1,0283
Mediana	,0000	24,00	63,00	156,00	2,0000	1,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Moda	,00	23	60	154 ^a	2,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00
Desv. típ.	1,90380	6,219	9,355	5,438	,44297	,65869	,40748	,28007	,31835	,86460	2,25286
Varianza	3,624	38,673	87,509	29,567	,196	,434	,166	,078	,101	,748	5,075

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

La edad es un factor muy importante para determinar el riesgo obstétrico encontramos que nuestra población de embarazadas se encuentra en una media de 26 años, una moda de 23 años con un 14.2%, considerando que es una edad en donde no se encuentra un alto riesgo obstétrico. **Gráfica 1**

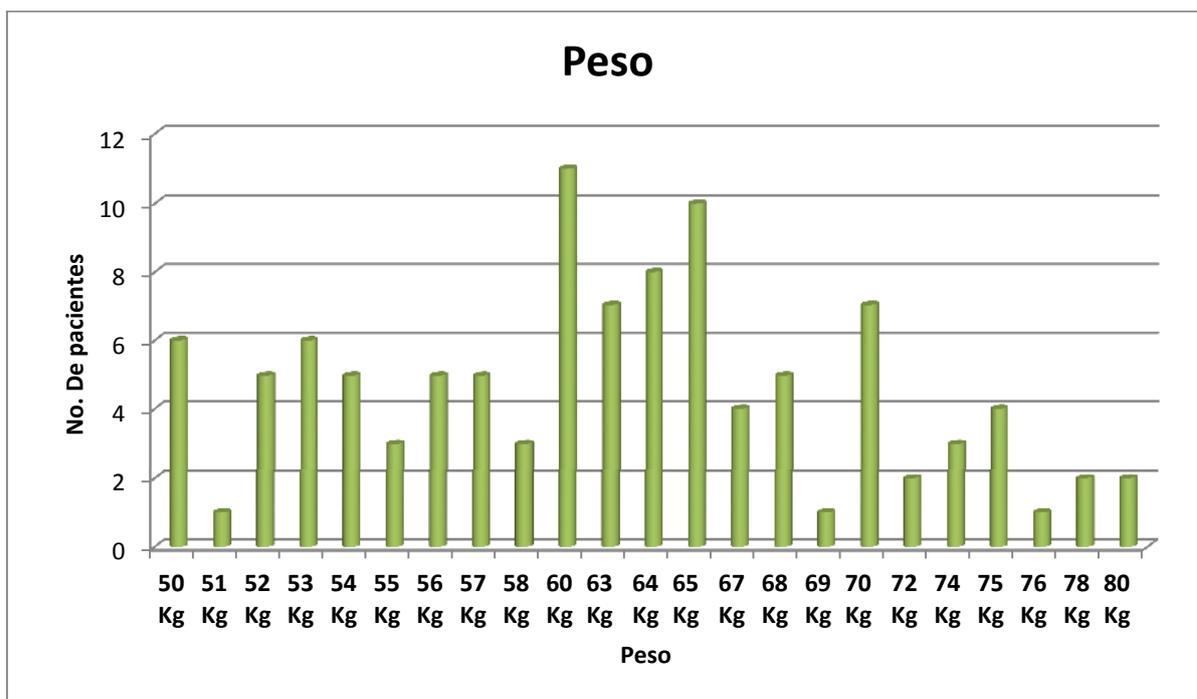
Gráfica 1



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

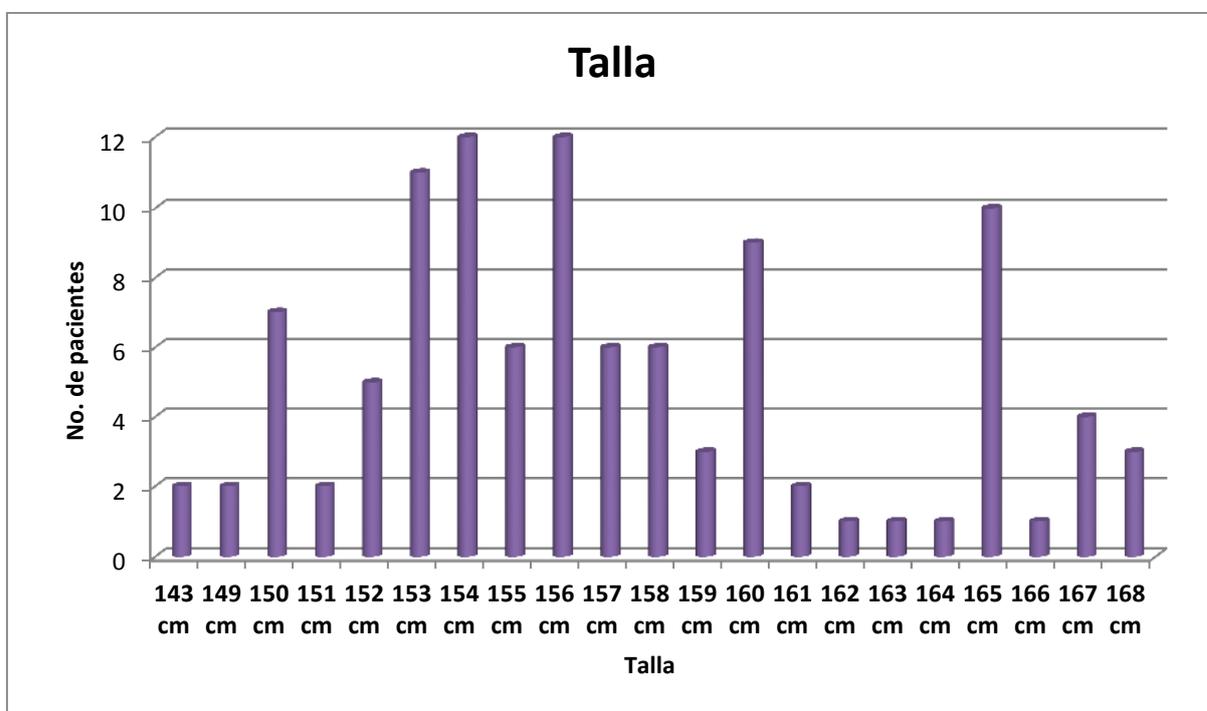
El peso y la talla son dos variables determinantes en el riesgo obstétrico, se pudo observar que la media de peso se encuentra en los 62 Kg, por lo que a pesar de que tenemos pacientes con más de 70 Kg se mantiene un peso estándar que por el momento no ha rebasado los 80 Kg. **Gráfica 2**. La media de la talla esta en 1.54 lo que nos habla de que nuestra población se encuentra dentro de la estatura aceptable para poder tener un embarazo sin ningún riesgo. **Gráfica 3**.

Gráfica 2



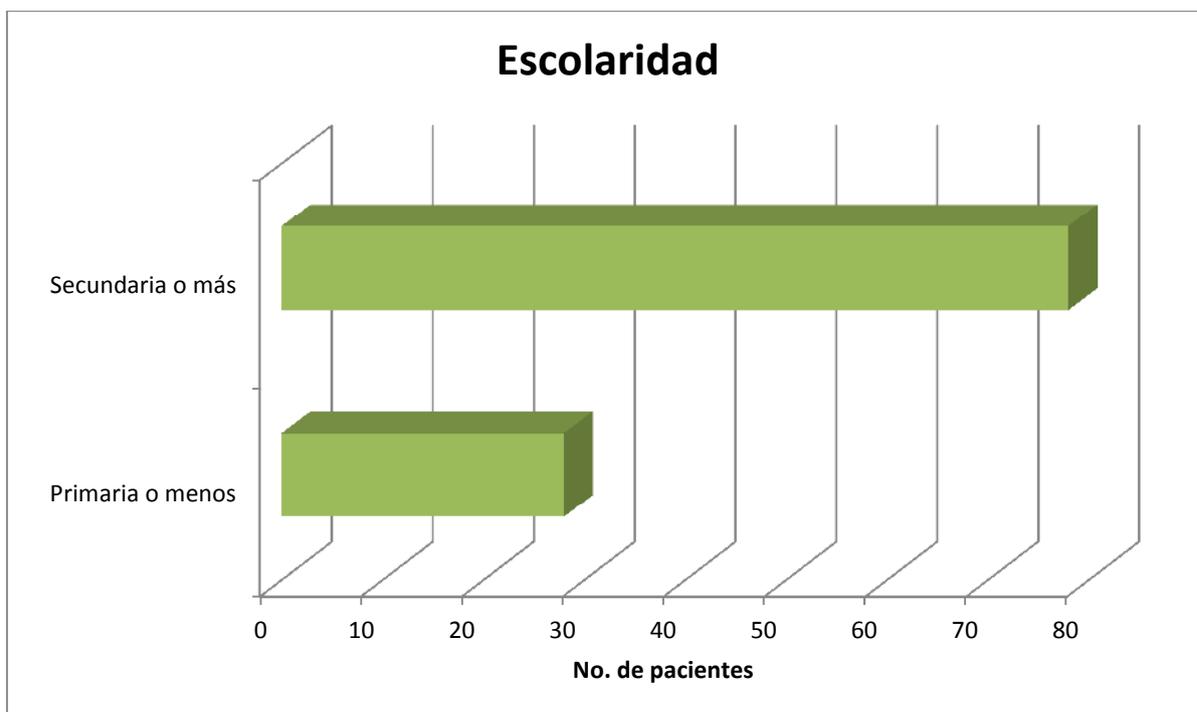
Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Gráfica 3



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Gráfica 4



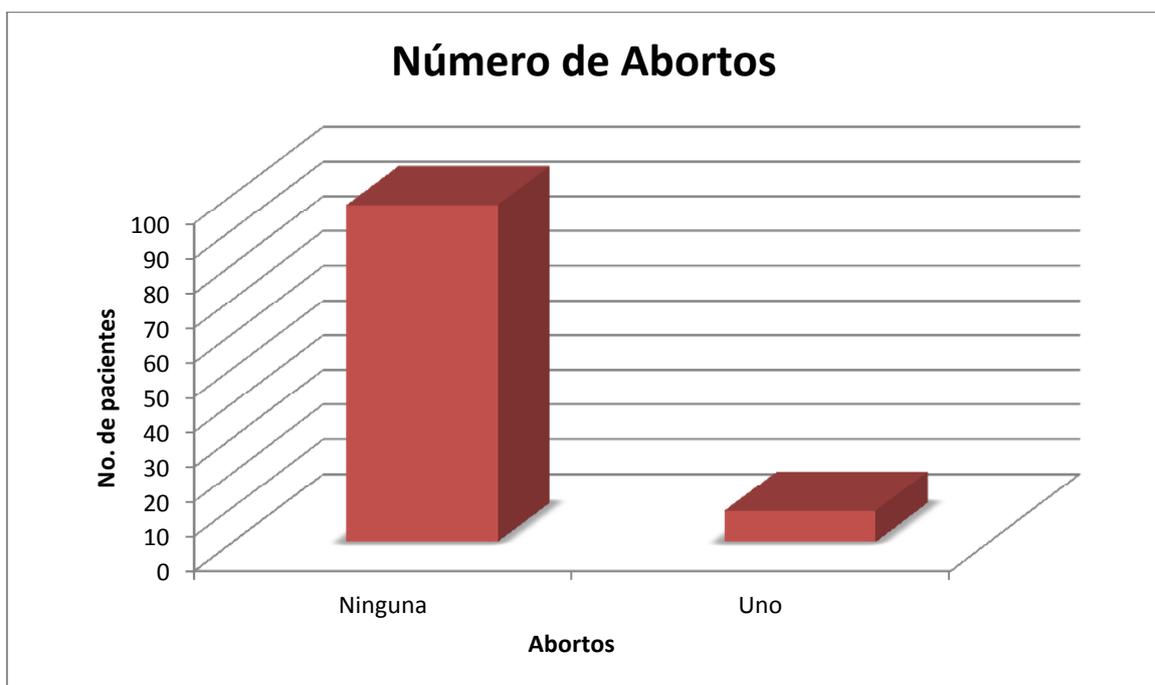
Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Encontramos que en nuestra población de embarazadas predomina la escolaridad de nivel secundaria hasta licenciatura en un 73.6 %. **Grafica 4.**

Gráfica 5

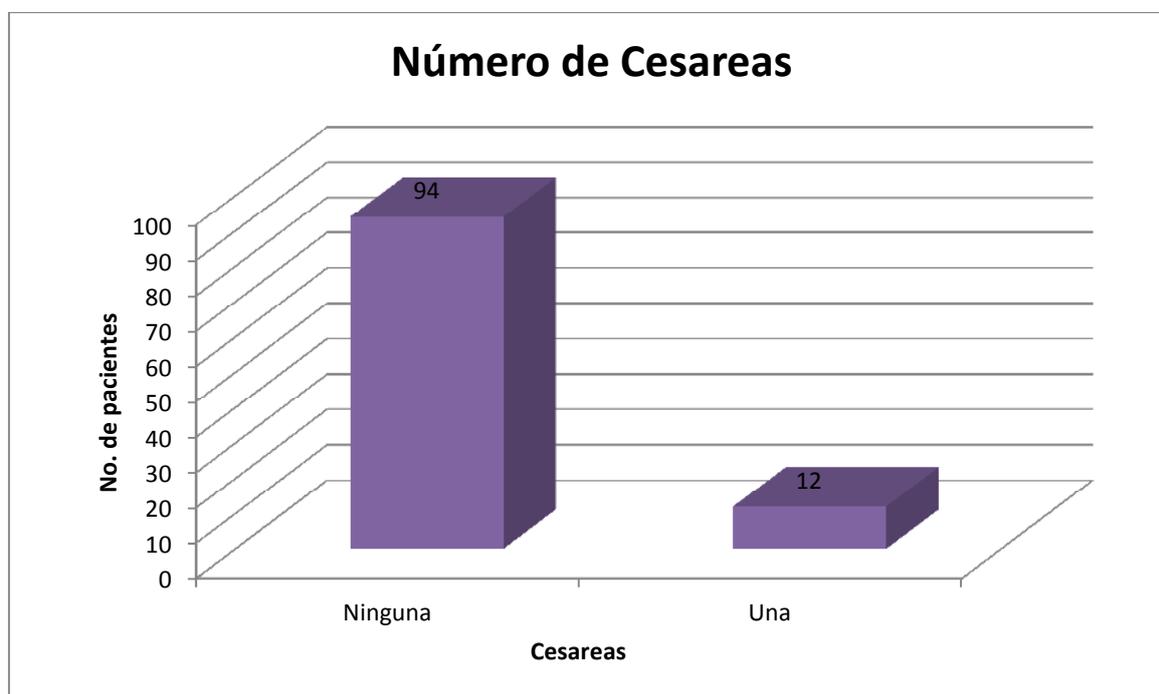


Gráfica 6



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

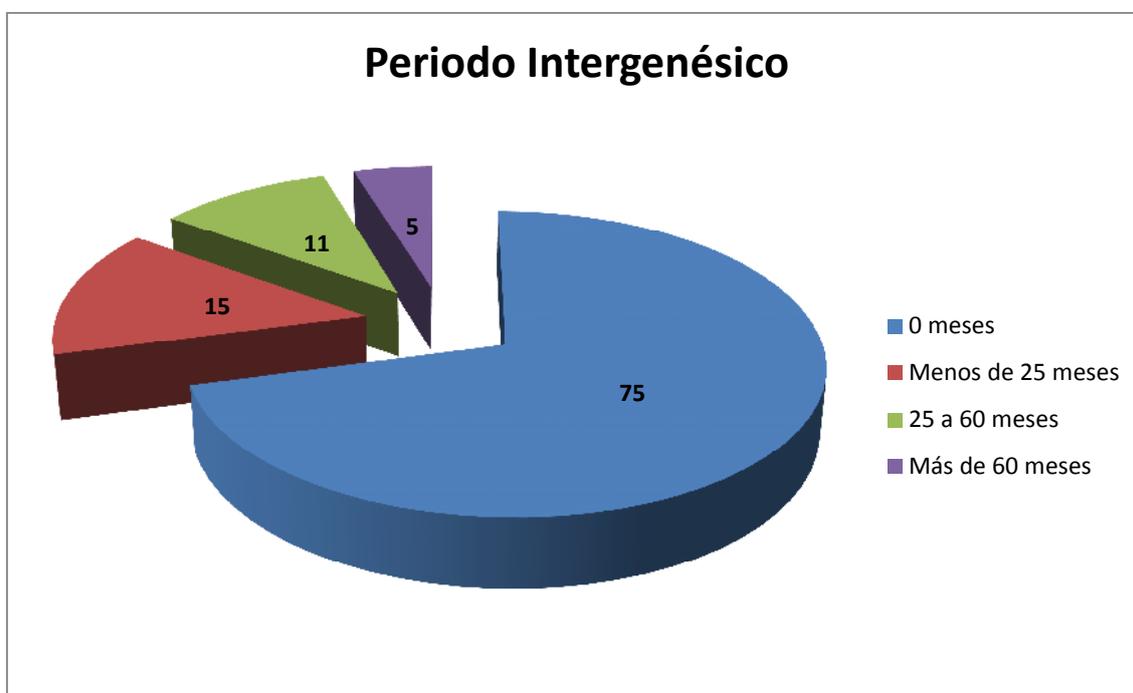
Gráfica 7



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

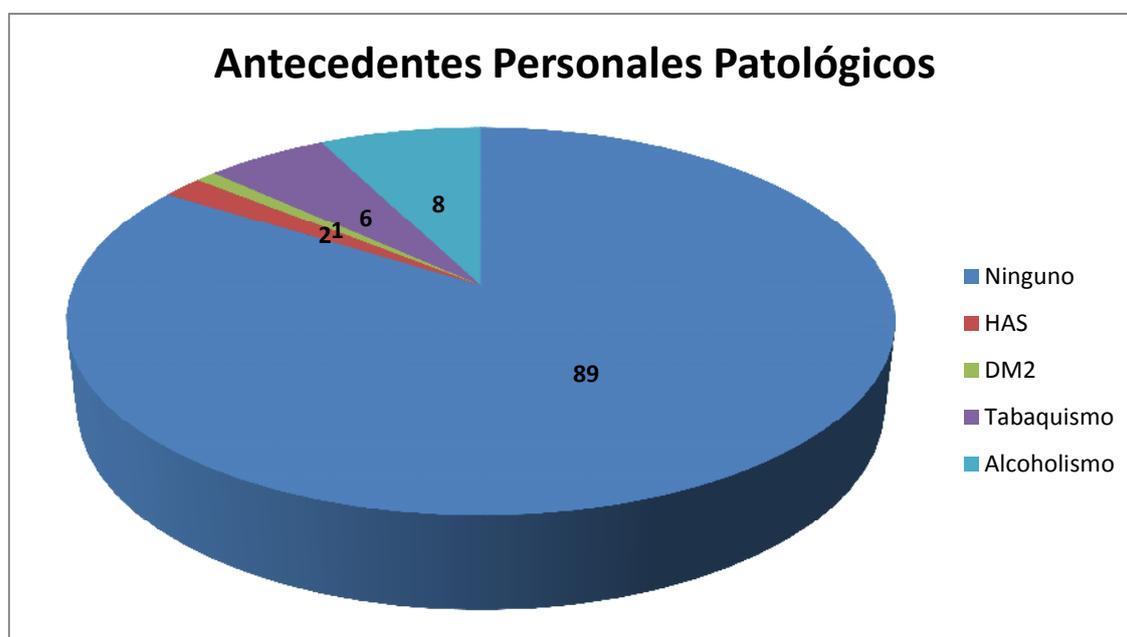
Encontramos en nuestra población de embarazadas que un 68.9 % es su primer embarazo, mientras que el 9.4% ha tenido más de 4 hijos **Gráfica 5**; encontramos que en un 79.2% es su primer embarazo por lo que el porcentaje restante que es del 20.8% han tenido partos, mientras que un 11.3% de las pacientes se les han realizado cesárea. **Gráficas 6 y 7**. Los abortos se han presentado en un 8.5 % lo que nos habla de que la mayoría de los embarazos han sido deseados aunque muchos de ellos no planeados.

Gráfica 8



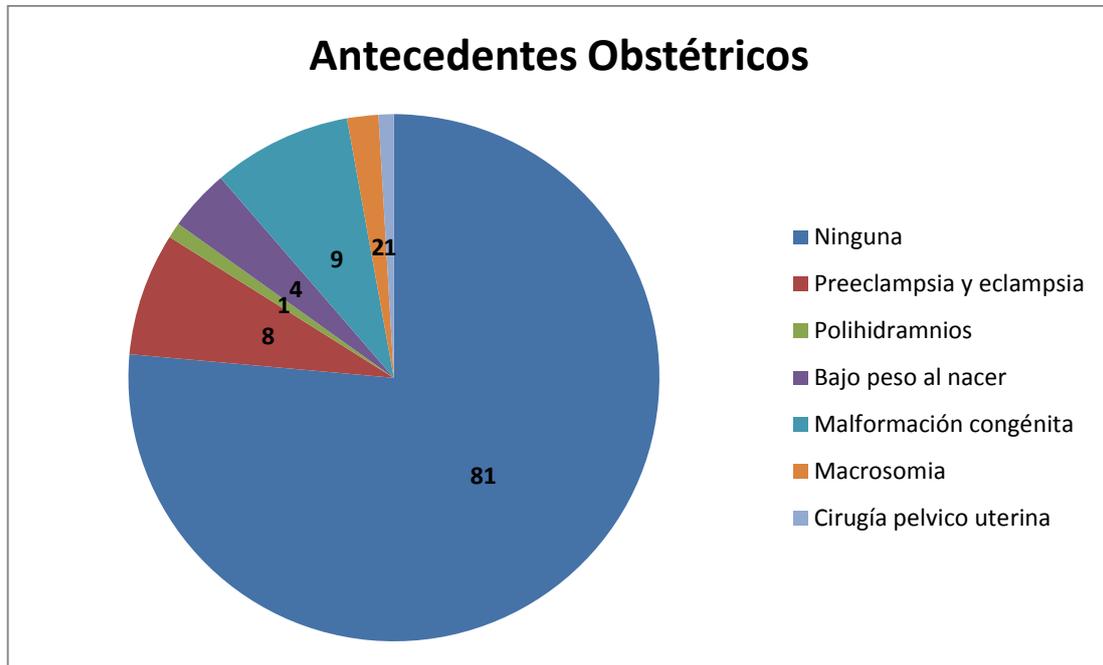
Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Gráfica 9



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Gráfica 10



Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

Encontramos un 14.2% de embarazadas que han tenido su segunda gestación menos de 25 meses, mientras que el 10.4% que han planeado sus embarazos entre 25 a 60 meses. **Gráfica 8** De los antecedentes personales patológicos encontramos en primer lugar con un 7.5% el alcoholismo y 5.4% el tabaquismo, mientras que de las enfermedades crónico degenerativas se encuentran con un 1.8% la hipertensión arterial sistémica. **Gráfica 9** Las malformaciones congénitas muestran un 8.5% y en segundo lugar la preeclampsia y eclampsia con un 7.5% mientras que en un alto porcentaje encontramos que no presentan antecedentes obstétricos ya que la mayoría de nuestra población es primigesta. **Gráfica 10** Cada una de las variables que se involucraron tienen una relación muy importante para la valoración del alto riesgo obstétrico tomando en cuenta que tenemos una población donde se encuentran cursando con su primer embarazo.

Decidimos utilizar chi - cuadrada para saber la asociación que existe entre los antecedentes personales no patológicos y los gineco obstétricos, encontrando un valor de p menor a 0.05 con lo que podríamos rechazar la hipótesis nula en cuanto a la relación que pueda existir entre las dos variables antes mencionadas, además de que presentan significancia. **Tablas 2, 3 y 4.**

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
antsobst * antspers	106	94,6%	6	5,4%	112	100,0%

Tabla de contingencia antsobst * antspers

Recuento

	antspers					Total
	ninguno	has	dm2	tabaquismo	alcoholismo	
Ninguna	71	0	0	4	6	81
Preeclampsia y eclampsia	6	2	0	0	0	8
Polihidramnios	1	0	0	0	0	1
antsobst Bajo peso al nacer	4	0	0	0	0	4
Malformación congénita	6	0	0	1	2	9
Macrosomía	0	0	1	1	0	2
Cirugía pélvico uterina	1	0	0	0	0	1
Total	89	2	1	6	8	106

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	90,956 ^a	24	,000
Razón de verosimilitudes	31,072	24	,152
Asociación lineal por lineal	2,965	1	,085
N de casos válidos	106		

a. 31 casillas (88,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Tablas2, 3 y 4. Fuente: Datos obtenidos de Encuesta Vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que se incluyeron una población total de 252 pacientes que asisten a consulta de control prenatal de marzo a diciembre del 2013 donde se utilizó como instrumento vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico tomando en cuenta solo las variables que tienen trascendencia en un riesgo obstétrico.

Existe poca literatura en la que se describe el riesgo obstétrico en México y más aún en una UMF en donde se cree el mito de que disminuyen los embarazos al crecer la población geriátrica, teniendo un error fatal porque lo que se reporta mes con mes en los hospitales de segundo y tercer nivel son miles de muertes maternas debido a no tener un estricta evaluación del riesgo obstétrico.^(22, 23)

La literatura del 2000 arroja los siguientes datos estadísticos el promedio de consulta por embarazada atendida son de 3.04 consultas durante el primer semestre del 2000. Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia.⁽²³⁾

Al ingresar una paciente embarazada por primera vez a control prenatal debemos de tomar en cuenta las variables con mucha seriedad desde la edad hasta los antecedentes obstétricos, solicitarle laboratorios urgentes de control los cuales se deben de reportan en la nota médica SIMF así como en la hoja de control prenatal del mismo.

Difundir la información del riesgo obstétrico en cada una de las pacientes embarazadas que deben de ser acompañadas por sus parejas por el derecho que tienen de saber cuál es el estado de salud de sus esposas.

El médico familiar tiene la obligación de educar a cada una de las embarazadas en cuanto a su alimentación, su actividad física y lo primordial hacer énfasis en asistir a cada una de sus citas de control prenatal para dar seguimiento estricto y poder valorar si ha aumentado su riesgo obstétrico. Podemos disminuir la morbimortalidad si nos proponemos ser más estrictos cuando tenemos en nuestras manos dos vidas al mismo tiempo.

CONCLUSIONES

1. Se obtuvo un 13.5 % de riesgo obstétrico una cifra menor a la que se esperaba en nuestra hipótesis, esto puede ser porque el instrumento que utilizamos no cuenta con los suficientes parámetros para evaluar un alto riesgo obstétrico.
2. Las variables que se evaluaron en nuestro estudio tienen una enorme relación para poder definir el porcentaje de riesgo obstétrico en nuestra población.
3. Existe una asociación significativa entre los antecedentes personales patológicos y obstétricos, pero se debe de ser minucioso al interrogar cada una de las variables que evaluamos en los rubros antes mencionados.

SUGERENCIAS

Proponemos las siguientes sugerencias que pueden ser trascendentes para el seguimiento adecuado seguimiento de las embarazadas:

1. El médico familiar debe ser más estricto al interrogatorio de cada uno de los padecimientos que se valoran para obtener el riesgo obstétrico y realizar un envío oportuno a segundo o tercer nivel de atención con lo que podremos disminuir la morbimortalidad,
2. Promocionar la adecuada planificación de un embarazo e informar cual sería el riesgo obstétrico si presentaran alguna enfermedad crónico degenerativa o bien factores que puedan poner en peligro la vida del producto y de la madre
3. Realizar un instrumento en el que se incluyan solo las variables más importantes y trascendentales en las mujeres embarazadas de México, ya que existen pocos instrumentos de riesgo obstétrico que lamentablemente se aplican para los países donde se construyeron, por último debemos promover la línea de investigación de control prenatal y riesgo obstétrico, lo que favorecerá a tener un mayor cuidado en las paciente embarazadas de la UMF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. OMS
2. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad materna: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C: OPS, 2003.
3. Diaz de León MF, Gasman N, Campos CA. Mortalidad Materna. Mortalidad Materna IPAS, México
4. Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.
5. Oyarzun, E. y Poblete, J. (2000). Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido. En Tapia, J. y Ventura, P., (eds.), Manual de neonatología (pp.21-31). Chile: Editorial Mediterráneo.
6. Muños, H., Parra, M, y Galindo, J. (1999). Cuidados fetales antenatales e intraparto. En Meneghello, J., Fanta, E., París, E. y Puga, T. (eds.), Pediatría. (pp.445-458). Argentina: Editorial Médica Panamericana.
7. Fraifer, S. y García, S. (2004). Control prenatal de embarazo de bajo riesgo. EVIDENCIA. Actualización en la práctica ambulatoria, 7 (6), 173-177.
8. Guías de práctica clínicas y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Capítulo IV. pp. 261 – 263
9. Casini S., Sainz L. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 (2)

10. Villar J, Khan-Neelofur D. Modelos de atención prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo. The Cochrane Library. Issue 3 2000. Oxford. Update software.
11. Fowles ER. RNC Comparing pregnant women.s nutritional knowledge to their actual dietary intake MCN, The American Journal of Maternal/ Child Nursing©2002Lippincot,Williams&Wilkins,Inc.Volume27May/June2002:171-177.
12. Schwarcz R, DiazAG,Fescina R. Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del partodebajoriesgo.PubCientCLAP1995;01:1321.
13. Alvarez. J. Caballero F. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal. Archivos de Medicina Vol. 10 No. 1 Junio 2010.
14. Córdoba R, Escobar P, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ese San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. Revista Facultad de Salud - RFS - Enero - Junio 2012;4-1:39-49.
15. Cáceres M, Flor de María. El control prenatal: Una reflexión urgente. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, volumen 60, número 2. Bogotá, abril/junio 2009:4.
16. Tamez S, Valle RI, Eibenschutz C, Méndez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública de México, 2006;48(5):418-429.

17. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
18. Barrios, A. y Montes, N. (2007). Control Prenatal. Revista Papeña de Medicina Familiar, 4(6), 128-131.
19. Atención Prenatal con enfoque de riesgo. Información en Salud y Salud Reproductiva. Mayo 2006.
20. Ordoñez J. Evaluación del riesgo materno – neonatal durante el embarazo. Investigaciones Andina, vol. 7, núm. 10, abril-septiembre, 2005, pp. 38-47.
21. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Paltex No. 7 1986.
22. Manual: Embarazo de Alto Riesgo: Atención integral y especializada. Instituto materno perinatal, maternidad de Lima. Agosto 2000.
23. Jasso – Gutierrez . Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1997, 54; (1):54-58.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio: **DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES EMBARAZADAS EN LA UMF 21 EN EL AÑO 2013**

Patrocinador externo (si aplica): _____
Lugar y fecha: México D.F. 2013.
Número de registro: R 2013-3703-15
Justificación y objetivo del estudio: Identificar el porcentaje de alto riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de la UMF 21

Posibles riesgos y molestias: Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Identificar el porcentaje de alto riesgo obstétrico en pacientes embarazadas de la UMF 21
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se harán a través del investigador principal directo al paciente
Participación o retiro: De manera voluntaria del paciente ingresara al estudio.
Privacidad y confidencialidad: Según los lineamientos éticos establecidos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):
 No autoriza que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____
Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dra. Leonor Campos Aragón Correo electrónico Leonor.campos@imss.gob.mx
Colaboradores: Dra. Patricia Alcántara Hernández, Dr. Hernández Díaz Leobardo Sergio

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO

VIGILANCIA PRENATAL RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SOLIDARIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CURP: _____

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

Nº CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

VIGILANCIA PRENATAL
RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

1. EOAD (EN AÑOS)	7. GESTA	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
20 A 29 [0]	2 A 4 [0]	NINGUNO [0]
15 A 19 [1]	PRIMIGESTA [1]	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA [4]
30 A 34 [1]	MAS DE 4 [4]	POLIHDRAMINIOS [4]
MENOS DE 15 ó MAS DE 34 [4]	8. PARA [1]	SANGRADO 3er TRIMESTRE [4]
2. PESO HABITUAL (KILOS)	9. ABORTOS [1]	PARTO PRE-TERMINO [4]
50 ó MAS [0]	0 A 1 [0]	BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2 500 g. [4]
MENOS DE 50 [1]	2 [2]	MALFORMACION CONGENITA [4]
3. TALLA (CENTIMETROS)	3 ó MAS [4]	MUERTE FETAL TARDIA [4]
150 ó MAS [0]	10. CESAREA No. [1]	MACROSOMIA MAS DE 4 000 g. [4]
MENOS DE 150 [1]	NO [0]	CIRUGIA PELVICO UTERINA [4]
4. ESCOLARIDAD MATERNA	SI [4]	OTROS [1]
SECUNDARIA ó MAS [0]	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
PRIMARIA ó MENOS [5]	25 A 60 MESES [0]	NINGUNO [0]
5. F.U.M.	MENOS DE 25 MESES [5]	HIPERTENSION ARTERIAL [4]
DIA MES AÑO	MAS DE 60 MESES [5]	DIABETES MELLITUS [4]
6. F.P.P.	EL ULTIMO EMBARAZO:	CARDIOPATIA [4]
DIA MES AÑO	¿FUE DE TERMINO? [SI] [NO] [ABORTO]	OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE [4]
VIDA SEXUAL ACTIVA [SI] [NO]	¿EL PARTO FUE NORMAL? [SI] [NO] [CESAREA]	TABAQUISMO: NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS [0]
	¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL? [SI] [NO]	10 ó MAS CIGARROS [1]
		ALCOHOLISMO [1] [150]
		OTRA TOXICOMANIA [1] [150]
NUMERO DE HIJOS VIVOS [1]	VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO [1]	FECHA DE LA VALORACION [1] [1] [1]

E V O L U C I O N D E L E M B A R A Z O	FECHA CONSULTA PRENATAL			SEMANAS DE GESTACION	PESO (KILOS)	T.A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T.A. MEDIA	EDERIA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO NO SI	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
	DA	MES	AÑO								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Mayor = 4 ó Menor = 4 Mas de 140 - 4/Más de 90 = 4 105 ó más = 4 ++ ó más = 4 Mayor = 4 ó Menor = 4 Presente = 4 Menos 120 = 4 Acs de 160 = 4

24 EMI.
24 MF

ANVERSO MF-52000

CALCULOS SPSS

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
17	3	2,7	2,8	2,8
18	6	5,4	5,7	8,5
19	4	3,6	3,8	12,3
20	9	8,0	8,5	20,8
21	2	1,8	1,9	22,6
22	11	9,8	10,4	33,0
23	15	13,4	14,2	47,2
24	8	7,1	7,5	54,7
25	10	8,9	9,4	64,2
26	3	2,7	2,8	67,0
27	2	1,8	1,9	68,9
28	1	,9	,9	69,8
29	1	,9	,9	70,8
30	3	2,7	2,8	73,6
32	6	5,4	5,7	79,2
33	5	4,5	4,7	84,0
34	3	2,7	2,8	86,8
35	5	4,5	4,7	91,5
36	2	1,8	1,9	93,4
37	1	,9	,9	94,3
38	1	,9	,9	95,3
39	2	1,8	1,9	97,2
40	3	2,7	2,8	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

PESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6	1	,9	,9	,9
50	6	5,4	5,7	6,6
51	1	,9	,9	7,5
52	5	4,5	4,7	12,3
53	6	5,4	5,7	17,9
54	5	4,5	4,7	22,6
55	3	2,7	2,8	25,5
56	5	4,5	4,7	30,2
57	5	4,5	4,7	34,9
58	3	2,7	2,8	37,7
60	11	9,8	10,4	48,1
63	7	6,3	6,6	54,7
Válidos 64	8	7,1	7,5	62,3
65	10	8,9	9,4	71,7
67	4	3,6	3,8	75,5
68	5	4,5	4,7	80,2
69	1	,9	,9	81,1
70	7	6,3	6,6	87,7
72	2	1,8	1,9	89,6
74	3	2,7	2,8	92,5
75	4	3,6	3,8	96,2
76	1	,9	,9	97,2
78	2	1,8	1,9	99,1
80	1	,9	,9	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

TALLA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
143	2	1,8	1,9	1,9
149	2	1,8	1,9	3,8
150	7	6,3	6,6	10,4
151	2	1,8	1,9	12,3
152	5	4,5	4,7	17,0
153	11	9,8	10,4	27,4
154	12	10,7	11,3	38,7
155	6	5,4	5,7	44,3
156	12	10,7	11,3	55,7
157	6	5,4	5,7	61,3
158	6	5,4	5,7	67,0
Válidos 159	3	2,7	2,8	69,8
160	9	8,0	8,5	78,3
161	2	1,8	1,9	80,2
162	1	,9	,9	81,1
163	1	,9	,9	82,1
164	1	,9	,9	83,0
165	10	8,9	9,4	92,5
166	1	,9	,9	93,4
167	4	3,6	3,8	97,2
168	3	2,7	2,8	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria o menos	28	25,0	26,4	26,4
	Secundaria o mas	78	69,6	73,6	100,0
	Total	106	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,4		
Total		112	100,0		

NÚMERO DE GESTACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	73	65,2	68,9	68,9
	2	23	20,5	21,7	90,6
	3 o mas	10	8,9	9,4	100,0
	Total	106	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,4		
Total		112	100,0		

PARTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	84	75,0	79,2	79,2
	1	22	19,6	20,8	100,0
	Total	106	94,6	100,0	
Perdidos	Sistema	6	5,4		
Total		112	100,0		

ABORTOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	97	86,6	91,5	91,5
Válidos 1	9	8,0	8,5	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

CESAREA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	94	83,9	88,7	88,7
Válidos 1	12	10,7	11,3	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

PERIODO INTERGENESICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
,00	75	67,0	70,8	70,8
Menos de 25 meses	15	13,4	14,2	84,9
Válidos 25 a 60 meses	11	9,8	10,4	95,3
Más de 60 meses	5	4,5	4,7	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	89	79,5	84,0	84,0
HAS	2	1,8	1,9	85,8
DM2	1	,9	,9	86,8
Tabaquismo	6	5,4	5,7	92,5
Alcoholismo	8	7,1	7,5	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	81	72,3	76,4	76,4
Preeclampsia y Eclampsia	8	7,1	7,5	84,0
Polihidramnios	1	,9	,9	84,9
Bajo peso al nacer	4	3,6	3,8	88,7
Malformación congénita	9	8,0	8,5	97,2
Macrosomía	2	1,8	1,9	99,1
Cirugía pélvico uterina	1	,9	,9	100,0
Total	106	94,6	100,0	
Perdidos Sistema	6	5,4		
Total	112	100,0		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**“DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN
 PACIENTES EMBARAZADAS EN LA UMF 21 EN EL AÑO 2013”**

Dra. Leonor Campos Aragón *, Dra. Patricia Alcántara Hernández **, Dr Leobardo Sergio Hernández Díaz***.

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo de la muestra	Definición de instrumentos de evaluación	Realización cuestionario	Organización de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
Marzo 2013								
Abril 2013								
Mayo 2013								
Junio 2013								
Julio 2013								
Agosto 2013								
Septiembre 2013								
Octubre 2013								
Noviembre 2013								
Diciembre 2013								

*Coordinadora de Educación Médica e Investigación en Salud Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N° 21. ** Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Familiar.*** Residente Medicina Familiar de Segundo Año de UMF No.21.