



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR  
NO. 1 CHIAPAS

LA ATENCIÓN MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUB  
ZONA NO. 19 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,  
DELEGACIÓN CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ARHEMY ELIZABETH DURANTE GUZMAN

TAPACHULA, CHIAPAS



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2018



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.

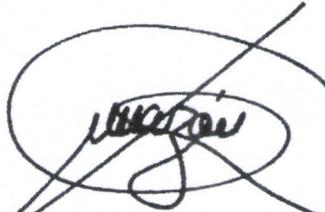
**"LA ATENCIÓN MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUB  
ZONA No. 19 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,  
DELEGACIÓN CHIAPAS"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ARHEMY ELIZABETH DURANTE GUZMAN**

**AUTORIZACIONES**



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

---

**TESIS**

**La Atención Materna en el Hospital General de Sub Zona No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas.**

Presenta:

**Dra. Arhemy Elizabeth Durante Guzmán.**

Curso de Especialización de Medicina Familiar.

Hospital General de Sub Zona Número 19, Huixtla Chiapas.

E-mail: arhemy.durante@ Hotmail.com

Teléfono: 9646240118

Asesor

**Dr. Roberto Moreno Martínez**

Coordinador Médico Auxiliar de Vigilancia Epidemiológica, Coordinación de Información y Análisis Estratégico, Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas, Delegación Chiapas

E-mail: roberto.moreno@imss.gob.mx

Teléfonos: Oficina (01962) 6256158

Celular 9626956685

Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas, 01 de Junio del 2018

---

## Contenido

<b>I.- Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>II.- Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>III.- Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
<b>IV.- Justificación. ....</b>	<b>31</b>
<b>V.- Planteamiento del Problema. ....</b>	<b>32</b>
<b>VI.- Objetivo General y Específicos. ....</b>	<b>33</b>
<b>VII.- Material y Métodos.....</b>	<b>34</b>
<b>VIII.-Resultados. ....</b>	<b>41</b>
<b>IX.-Análisis.....</b>	<b>45</b>
<b>X.-Conclusión. ....</b>	<b>46</b>
<b>XI.-Discusión.....</b>	<b>47</b>
<b>XII.-Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>48</b>

## **I.- Resumen.**

**Título:** “La Atención Materna en el Hospital General de Sub Zona No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas.”

**Introducción:** El embarazo y el parto son eventos fisiológicos, en la mayoría de los casos sin complicaciones, no obstante, existen condiciones que de no detectarse pueden enfermar y morir el binomio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren aproximadamente 830.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La meta de la Agenda de Desarrollo sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. <sup>(35)</sup>

La atención materna es un tema impostergable para el IMSS, que trabaja para ser eficiente el proceso de atención técnico – médica, con el objetivo de que las mujeres se embaracen en las mejores condiciones de salud, con inicio del control prenatal oportuno y de manera adecuada, identificando factores de riesgo para limitarlos o eliminarlos del binomio madre –hijo.

**Objetivo General:** Describir la atención de la salud materna, que se proporciona en el Hospital General de Sub Zona No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas.

**Material y métodos:** Para desarrollar esta investigación se utilizará un estudio de tipo transversal y observacional en el Hospital General de Sub Zona 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Chiapas. La información será recopilada de los indicadores oficiales de la Dirección de Prestaciones Médicas de los programas SIAIS (Sistema Integral de Atención en Salud) y SIMO (Sistema de Información Médico Operativo).

**Palabras Clave:** Atención materna, Control Prenatal, Mortalidad Materna.

## II.- Introducción

La salud materna, se considera como el bienestar de la mujer durante el período de preconcepción, embarazo, parto y el período posparto, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad del binomio, implementando la atención obstétrica de emergencia básica (AOEM) e intervenciones dirigidas al mejoramiento de la atención de emergencias obstétricas relacionadas con infecciones, eclampsia, hemorragias y aborto. <sup>(34)</sup>

A la vez la Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo en la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". En base a esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, si no, que se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre-hijo <sup>(35)</sup>

Entendemos que la salud materna, es un tema prioritario a nivel mundial, se considera un fiel indicador de la calidad de la atención y cobertura de los servicios de salud. Las muertes maternas son evitables, es decir, que, con los recursos disponibles en la actualidad, es posible prevenir, detectar y tratar de manera oportuna a las mujeres con riesgo de presentar complicaciones que las pueden llevar a la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores, independientemente de la duración y sitio de este, por cualquier causa relacionado o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, la cual se mide a través del índice de mortalidad materna, que es el número de muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y su manejo. <sup>(41, 44)</sup> De acuerdo a lo anterior la OMS informa que una de cada 180 mujeres gestantes tiene riesgo de muerte. La razón de mortalidad materna (RMM), depende de

factores geográficos, condiciones de desarrollo, diversidad cultural, entre otras. La RMM en México se estima en 50 casos por cien mil nacidos vivos.

En países desarrollados, muere una de cada 3800 mujeres, mientras que en México muere una de cada 790. <sup>(3)</sup>

De lo anterior es importante promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo, con intervenciones integrales y preventivas que permita detectar riesgos fetales y maternos.

### **III.- Marco Teórico.**

#### **a) Antecedentes:**

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posparto, debido a causas directa o indirectamente asociadas con el embarazo. Durante los últimos años, a nivel mundial el número de muertes maternas ha declinado de 409.100 en 1990 a aproximadamente 254.500 en 2010, de acuerdo con dos estimaciones recientes a nivel global. Asimismo, se ha estimado que cerca de 56.100 muertes maternas en 2010 fueron relacionadas con VIH durante el embarazo, y que más de 95% de ellas suceden en países en desarrollo. Por esta razón, al inicio del siglo XXI, a través de un acuerdo internacional de la Organización de las Naciones Unidas, se establecieron los objetivos de desarrollo del milenio, desde la perspectiva de 189 países que se comprometieron a cumplir diversas metas para el año 2015. Una de ellas fue la de mejorar la salud materna y, consecuentemente, dentro de sus compromisos se priorizó la necesidad de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna (expresada como el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos), así como la de tener una cobertura universal en salud reproductiva para el año 2015. <sup>(2)</sup>

Las estrategias propuestas en el ámbito internacional deben tener una dimensión integral, ya que no sólo implican garantizar que todas las mujeres embarazadas dispongan de una cobertura y sobre todo del acceso universal de calidad a los servicios de atención prenatal y atención del parto, sino además que puedan ejercer el derecho fundamental de decidir libremente sobre el embarazo y el número de hijos, lo que requiere de la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos, ya sea temporales o permanentes, así como de la prevención y manejo adecuado de infecciones del tracto reproductivo, entre otros. <sup>(3)</sup>

De acuerdo con la evidencia disponible y con la experiencia gubernamental previa, la mortalidad materna se puede prevenir mediante la aplicación de múltiples

acciones intersectoriales convergentes; la estrategia más promovida a nivel global ha sido la atención calificada al nacimiento. <sup>(11)</sup>

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para ello se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud. <sup>(8)</sup>

De lo anterior, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos de la medicina actual. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas. En México, la razón de mortalidad materna (RMM: número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) ha disminuido de manera importante en las últimas décadas, de 530 defunciones maternas en 1940 a 56 por cada 100.000 nacidos vivos en 2010. La disminución de la mortalidad materna es considerada actualmente como una prioridad internacional y en la Cumbre del Milenio del año 2000 se tomó el acuerdo de reducir la mortalidad materna en 75% para 2015; <sup>(42)</sup> para alcanzar este objetivo es necesario reducir en 5.5% anual la RMM entre 1990 y 2015. En nuestro país, la RMM para 2015 debería ser de 22 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, este objetivo está lejos de ser alcanzado, ya que las cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran una reducción anual inferior a 1%. Las metas de los Objetivos del Milenio proponen

dos indicadores para el monitoreo del progreso en la atención de la salud materna: la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal profesionalizado. El acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, principalmente durante las complicaciones obstétricas, es considerado la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la OMS. <sup>(15)</sup>

La distribución de la muerte materna en México no es homogénea, ya que como ocurre con otros padecimientos, se encuentra relacionada con la desigualdad y el rezago social. <sup>(34)</sup> La mortalidad materna en relación con su frecuencia se puede dividir en tres regiones: los estados con baja mortalidad materna (RMM inferior a 31 por 100.000 nacidos vivos) se localizan fundamentalmente en el norte del país; los estados con mortalidad promedio se localizan en el centro y aquéllos con una mortalidad materna alta (RMM superior a 60 por 100 000 nacidos vivos) se ubican en el sur. En 2007, la RMM en el estado de Baja California fue de 41.0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, menor a la RMM a nivel nacional, que en el mismo año fue de 58.6 por cada 100.000 nacidos vivos. La entidad fronteriza se encuentra debajo del promedio nacional debido a que es considerada de alto desarrollo por ser un estado del norte del país. <sup>(11)</sup>

Está bien establecido que una parte muy importante de las defunciones maternas que ocurren en México y en el resto del mundo no deberían suceder, ya que actualmente se cuenta con los conocimientos necesarios, la tecnología adecuada y la infraestructura básica para atender los casos más comunes de emergencias obstétricas. Sin embargo, suceden y por ello se debe marcar una alerta de salud pública en tanto se continúen registrando niveles de mortalidad materna que no corresponden con el desarrollo de México.

La mortalidad materna en países en desarrollo es, en su mayoría, obstétrica directa, originada principalmente por padecimientos como la preeclampsia-eclampsia, las hemorragias del parto y puerperio, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto. <sup>(36)</sup> Se vincula con una insuficiente educación de la población en el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma de

complicaciones obstétricas, y finalmente, se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así como por la calidad limitada de esta última. El Programa Nacional de Salud 1990-1994 incluyó entre sus líneas estratégicas la instalación de Comités de Mortalidad Materna (CMM) e infantil en los hospitales de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Los CMM tienen la misión de detectar y estudiar todas las defunciones maternas que ocurren en el país. Los CMM existen en casi todos los hospitales que realizan atención obstétrica, fueron establecidos de manera generalizada y operan en forma sistemática desde 1983. <sup>(35)</sup>

De lo anterior es importante mencionar que el Embarazo en la adolescencia no solo representa un problema social, económico y de salud pública sino también involucra un problema mayor que es el aumento de la tasa de mortalidad materna por parte de adolescentes, ya que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país. <sup>(8)</sup>

El aumento de la tasa de mortalidad materna se debe al gran incremento de madres adolescentes, que traen con ello una variedad de riesgos a las que son sometidas y son tanto biológicos, psicológicos, sociales, etc. Su evolución en tales campos se ha trastornado y se requiere de una apropiada atención integral para lograr el completo desarrollo de las adolescentes; así para lograr la disminución de los riesgos que experimentan las adolescentes, y de esa manera disminuir la tasa de mortalidad materna. <sup>(8)</sup>

El embarazo en adolescentes es un problema ya antiguo pero el número de madres adolescentes no era tanto como hoy en día y la tasa de mortalidad materna no era tan numerosa.

Con respecto a los riesgos desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo. El riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención pre-natal pueden influir en cierto grado. En estos grupos de edades se observan dos

complicaciones principales: la preeclampsia (presión arterial elevada, inflamación y albúmina en la orina) y la estrechez pélvica. Además, están presentes los problemas de tipo psicológico, como la ansiedad, el malestar físico, los cambios propios del embarazo, como el aumento de peso, la inflamación, el estrés y las manchas en la piel, cosas con las que la adolescente no contaba. El embarazo precoz se define como la gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer, generalmente cuando mantiene total dependencia social y económica de los padres. Actualmente, los países subdesarrollados son los primeros que presentan este problema. En Latinoamérica, el 40% de los jóvenes a los 15 años tienen una vida sexual activa, y de este grupo el 15% ya han sido madres o han estado embarazadas.

Al paso que vamos el embarazo en adolescentes y la tasa de mortalidad materna va en aumento debido a la falta de atención temprana ya que la mayoría de los casos de muerte materna es por la tardía atención prenatal ya que la mayoría de adolescentes solo van a la maternidad cuando van a dar a luz y de estos la mayoría de casos los embarazos en adolescentes vienen con complicaciones. Respecto a lo anterior las afectaciones por el embarazo en este grupo etáreo, se ha descrito que las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos, es aproximadamente 50 % superior. Otras investigaciones refieren un aumento en la presencia de anemia, infecciones del tracto urinario, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, complicaciones en el parto y mayor probabilidad de malformaciones en el recién nacido. <sup>(2)</sup>

## **b) La Salud Materna y el Control Prenatal.**

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 encontró que del total de mujeres de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, 51.9 % refirió que alguna vez ha estado embarazada. Al momento de la entrevista, 10.7 %, estaban embarazadas, y planteaban la necesidad de realizar acciones que incidieran en la prevención del embarazo en adolescentes por sus implicaciones biológicas, psicológicas y socio-culturales en sus vidas.

Ante el impacto negativo que genera en la salud de la adolescente el IMSS da seguimiento al indicador que se incluye en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Línea de acción 1.5.2 Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente, Estrategia 1.5 Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). <sup>(20)</sup>

La Salud materna tiene como prioridad evitar las muertes maternas y una manera de prevenirla es a través del control prenatal el cual tiene como objeto lograr y tener un embarazo y parto saludable, en las mejores condiciones que tiene como finalidad mantener la salud de la madre y el feto, así como fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar oportunamente.

Conocemos como control prenatal al conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, debe ser enfocado a la identificación temprana de riesgo. Este debe ser multidisciplinario, integral, involucrando activamente a la paciente y la familia, y apropiado a las pautas culturales.

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables, los controles regulares y adecuados no se requiere de costosas instalaciones o tecnologías, sino de una adecuada y completa historia clínica y el uso de estudios de extensión de acuerdo a indicaciones específicas. Para establecer un plan integral debe estar

involucrada a la paciente y la pareja con la finalidad de que conozcan la importancia de las intervenciones y el seguimiento, e identifiquen los datos de alarma para acudir oportunamente al servicio de urgencias en caso necesario y también contribuyen conductas saludables durante el embarazo. <sup>(12)</sup>

El control prenatal debe cumplir con cuatro requisitos:

- 1.- La identificación temprana del embarazo, así como el embarazo de alto riesgo. Antes de las 12 semanas de gestación.
- 2.- La frecuencia de visitas de acuerdo al grado de riesgo. En la población de bajo riesgo son necesarias 5 consultas.
- 3.- La atención debe ser completa, cumpliendo los estándares establecidos.
- 4.- De cobertura amplia.

Un embarazo sin ningún control puede complicarse y convertirse en un riesgo para la salud de la madre y del bebé, Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstas se reducen en relación directa con la precocidad de la primera visita, con un número suficiente de controles durante el embarazo y con el hecho de recibir durante el parto una atención adecuada. <sup>(28,29)</sup>

En el siguiente cuadro se ilustran los posibles riesgos prenatales enmarcados en la Guía de Clínica para la Atención Prenatal.

<b>Tipos de riesgos prenatales</b>		
<b>Alto Riesgo</b>	<b>Riesgo Intermedio</b>	<b>Bajo Riesgo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Cardiopatía.</li> <li>• Nefropatía.</li> <li>• Dos o más abortos**.</li> <li>• Preeclampsia- eclampsia**</li> <li>• Rh (-) con Coombs Indirecto (+)</li> <li>• Otra enfermedad crónica y/o Sistémica grave</li> <li>• Malformaciones congénitas**.</li> <li>• Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &lt; de 20 y &gt; de 34 años</li> <li>• Dos o más cesáreas**.</li> <li>• Cuatro o más embarazos**.</li> <li>• Infección de vías urinarias.</li> <li>• Tabaquismo crónico.</li> <li>• Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre</li> <li>• Productos prematuros o con bajo peso al nacer**</li> <li>• Muerte fetal**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto</li> <li>• Intervalo intergenésico &lt; de Dos años**</li> <li>• Una cesárea o aborto**.</li> <li>• Estatura menor de 150 cm.</li> <li>• Escolaridad primaria o menos</li> </ul>
<b>Envío a 2do nivel de atención</b>	<b>Atención prenatal por MF</b>	<b>Atención prenatal por enfermera materna infantil.</b>
<p>*La presencia de uno o más de los factores o características permite calificar la magnitud del riesgo,  ** Antecedente</p>		

**Fuente:** Juan Antonio Trejo y Pérez. Pediatría, Blanca Hernández Leyva. Medicina familiar, Daniel Luis René Ducoing Díaz. Gineco-obstetricia, Leopoldo Vázquez Estrada. Gineco-obstetricia Patricia Tomé Sandoval. Epidemiología. SALUD POSITIVA. GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL. Cap. 6. Pág. 44 -53.

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción. En la actualidad es más frecuente que las parejas programen sus embarazos, lo cual permite que consulten a su médico con el objetivo de disminuir los riesgos que sean modificables. Sin embargo, aún existe un número significativo de embarazos que no son planeados, en los cuales las consecuencias negativas de muchos comportamientos, enfermedades y medicamentos podrían afectar el desarrollo del embarazo dañando al feto, antes de que la mujer se dé cuenta que está embarazada. (22)

### **b.1.) Salud Reproductiva preconcepcional.**

El control preconcepción incluye una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de cuidar la salud de la mujer u obtener un resultado perinatal, a través

de la prevención y el manejo. Una mujer sana debe comenzar a tomar ácido fólico (400 mg/día), idealmente dos meses antes de la concepción y continuarlo hasta al menos las 12 semanas del embarazo. (3, 5, 22).

## **b.2.) Control Prenatal**

Se define como embarazo: Al estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto. (11)

Atención prenatal se define a la serie de entrevistas programadas de la embarazada con el personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo, parto y métodos de planificación, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica, siendo registradas todas estas acciones en el expediente clínico. (1,10, 16, 22)

El principal objetivo de los cuidados prenatales es conseguir un embarazo de evolución normal, a través de la vigilancia y detección de factores de riesgo que culmine con una madre y un recién nacido sano. (1, 10,13, 16,22)

Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 8 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural en embarazos previos Incluyendo así una serie de controles, generalmente 5 visitas, aunque el número óptimo para un control adecuado en pacientes de bajo riesgo es algo en continua discusión. Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario: (1)

Calendario de control prenatal:

CALENDARIO DE CONTROL PRENATAL	
CONSULTA	SEMANAS
Primera	Entre 6 – 8
Segunda	Entre 10 – 13.6 semanas
Tercera	Entre 16 – 18 semanas
Cuarta	22 semanas
Quinta	28 semanas
Sexta	32 semanas
Séptima	36 semanas y
Octava	38 – 41 semanas

Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1016). Atención de la mujer durante el embarazo y puerperio. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaría de salud Diario Oficial.

### **b.3.) Primer Control**

Se realiza una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio (Hemograma, Grupo Rh y Coombs, Glicemia sérica, EGO, VDRL, VIH) impartir educación acerca de un embarazo saludable. Agregar un examen físico, pesar, medir y calcular el IMC (Índice de Masa Corporal), con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia

científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento.

#### **b.4.) Control Subsecuente.**

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

- Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible.
- Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.
- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.
- Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal.
- Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier

anormalidad se debe referir a la paciente con el médico especialista o al servicio de atención obstétrica de urgencia.

- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para Diabetes Gestacional (DG entre la semana 24 y 28 del embarazo) mujeres con mayor riesgo pueden realizar antes.

- Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas para su atención médica a un hospital de 2do. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG) a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado al producto.

- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso. <sup>(9)</sup>

- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva.

- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos.

- Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata.

- Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

- a) Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.
- b) Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel.
- c) En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pre término, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.
- d) Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: Ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes Gineco-obstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardíaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.
- e) Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.
- f) El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, pre eclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvicovaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna. <sup>(1)</sup>

### b.5.) Vigilancia de Control Prenatal.

Acciones	Primera Consulta MF	Segunda Consulta MF	Consultas subsiguientes MF y/o EMI
<b>Diagnóstico</b>  <b>Y</b>  <b>Tratamiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Cálculo del riesgo obstétrico</li> <li>• Peso, talla, TA, examen pélvico</li> <li>• Ácido fólico. 5 mg cada 24 horas</li> <li>• Sulfato o fumarato ferroso. 100 mg 3 veces al día.</li> <li>• BH, glucemia, EGO, VDRL, Grupo y Rh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretar resultados de laboratorio</li> <li>• Actualización del riesgo obstétrico (RO)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso, TA (tensión arterial), FF (foco fetal), FU (fondo uterino)</li> </ul> </li> <li>• Urocultivo entre las 12 y 16 semanas de edad gestacional para Detección de bacteriuria Asintomática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización del RO</li> <li>• Peso, TA, altura de FU, FF, movimientos fetales, detección de edema y sangrado Transvaginal.</li> <li>• BH y EGO entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34</li> <li>• Glucemia entre las semanas 24-28</li> </ul>
<b>Preventivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoide tetánico (1ª dosis)</li> <li>• D.O.C.</li> <li>• Detección de VIH en sujetos de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoide tetánico (2ª dosis)</li> </ul>	
<b>Educativas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta variada de acuerdo con la Disponibilidad local de alimentos.</li> <li>• Uso de zapato bajo . Caminata de 30 minutos tres veces a la semana.</li> <li>• Técnica de cepillado dental y beneficios de la salud buco-dental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control o modificación de factores de riesgo modificables.</li> <li>• Identificación de signos de alarma.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación de conductas en caso de signos de alarma</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar modificación de factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma.</li> <li>• Fomento de la lactancia Materna.</li> <li>• Apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar</li> </ul>

**Fuente:** Juan Antonio Trejo y Pérez. Pediatría, Blanca Hernández Leyva. Medicina familiar, Daniel Luis René Ducoing Díaz. Gineco-obstetricia, Leopoldo Vázquez Estrada. Gineco-obstetricia Patricia Tomé Sandoval. Epidemiología. SALUD POSITIVA. GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL. Cap. 6. Pág. 44 -53.

Nos referimos a patología obstétrica para indicar todas aquellas manifestaciones patológicas que ocurren en la mujer embarazada como consecuencia de su estado de gravidez. Como ya fue mencionada las causas directas de muerte materna tienen la característica de ser complicaciones obstétricas cuyo efecto letal puede ser prácticamente eliminado mediante el uso oportuno de la tecnología adecuada. Padecimientos como:

**Pre eclampsia:** Síndrome multisistémico de severidad variable, específico de embarazo, caracterizado por una reducción de perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial mayor 140/90 mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema, dolor abdominal. <sup>(36)</sup>

La pre eclampsia-eclampsia continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, corazón, riñón y en la coagulación. Aunque la etiología de la pre eclampsia/eclampsia aún no se conoce con precisión, la prevención juega un papel muy importante para evitar la muerte por esta patología; por ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En este sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica revisten una vital importancia. <sup>(38)</sup>

Los principales factores de riesgo pre concepcionales para pre eclampsia son:

- Pre eclampsia en embarazo anterior
- Período intergenésico mayor a 10 años
- Hipertensión arterial crónica
- Enfermedad renal previa
- Diabetes Mellitus
- Trombofilias
- IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>

- Mujeres mayores de 40 años
- Historia familiar de pre eclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad
- Primipaterinidad
- Factor paterno positivo para pre eclampsia en pareja anterior

En la actualidad se encuentran en proceso diferentes estudios para valorar la utilidad de administrar diferentes suplementos y antioxidantes durante el embarazo, para lograr prevenir la pre eclampsia, sin embargo, estos estudios multicéntricos no han demostrado aún su evidencia preventiva. <sup>(38)</sup>

Los controles prenatales son la mejor forma de prevenir la pre eclampsia porque permiten detectar y tratar la pre eclampsia antes de que se desarrolle en el organismo de la embarazada. Cuando las mujeres embarazadas controlan su gestación con pruebas y cuidados prenatales regulares, la pre eclampsia se puede detectar precozmente y la mayoría de los problemas pueden prevenirse. Pero si la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado y el bebé es muy prematuro, se recomienda reposo en cama y un control exhaustivo de la presión arterial, la orina y el peso. <sup>(38)</sup>

**Eclampsia:** Presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con pre eclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas de este, en ausencia de otras causas de convulsiones. El diagnóstico se establece cuando pacientes con pre eclampsia, presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas de convulsiones.

Los siguientes factores pueden jugar un papel importante:

- Problemas vasculares
- Factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos)
- Dieta
- Genes

La mayoría de las mujeres con pre eclampsia no siguen teniendo convulsiones. Es difícil predecir cuáles mujeres sí las tendrán. Las mujeres con alto riesgo de sufrir convulsiones padecen pre eclampsia grave con signos y síntomas como:

- Exámenes sanguíneos anormales
- Dolores de cabeza
- Presión arterial muy alta
- Cambios en la visión

Sus probabilidades de presentar pre eclampsia aumentan cuando:

- Mayor de 35 años.
- Es de raza negra.
- Primigestas.
- Presenta cuadro de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal.
- Va a tener más de un producto (como gemelos o trillizos).
- Mujeres adolescentes.

**Hemorragias del parto y puerperio:** Es la pérdida sanguínea -hemorragia- en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos y externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos). El sangrado más común en el comienzo del embarazo es el aborto espontáneo. Es un sangrado similar a una menstruación voluminoso, sin embargo, puede llegar a verse acompañado de sangrado excesivo y prolongado. Lo más frecuente es que el obstetra realice un legrado uterino para el tratamiento de este tipo de situación. En el caso de un embarazo ectópico, el sangrado suele ser interno y puede llegar a ser fatal si no se trata a tiempo.

La hemorragia durante el puerperio se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una

cesárea. Es la causa más importante de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.

Las principales causas de hemorragia posparto son la atonía uterina, traumatismo físico, placenta retenida y coagulopatías:

**Atonía uterina:** Es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo. La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.

**Traumatismos:** Los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.

**Retención de tejido:** Es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.

**Cuagulopatías:** Ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes. <sup>(38)</sup>

**Sepsis puerperal:** Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales internos o externos antes, durante o después de aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre mayor a 38 °C, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y pos cesárea. <sup>(36)</sup>

Es un proceso infeccioso septicémico y grave que afecta a todo el organismo y que desencadena una respuesta inflamatoria general, que puede afectar tanto a las mujeres tras un parto o un aborto como al recién nacido. Es habitualmente causado por gérmenes como el *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli* que colonizan e infectan el tracto genitourinario durante la expulsión del feto u ovocito.

Con la invasión del endometrio, la infección se extiende a la circulación linfática y al torrente sanguíneo. Esto provoca un cuadro de septicemia: fiebre alta y afectación del estado general. También pueden producirse complicaciones locales como celulitis pélvica, tromboflebitis pélvica de origen séptico, peritonitis o abscesos pélvicos. La transmisión se produce habitualmente desde el personal sanitario portador del microorganismo que atiende el parto <sup>(39)</sup>. Con mayor frecuencia se trata de estreptococos del grupo B, aunque también puede producirse por microorganismos anaerobios. <sup>(39)</sup>

A menudo la sepsis puerperal se acompaña con signos de choque: Taquicardia con pulso débil, hipotensión, frialdad cutánea, mal estado general y oliguria.

La frecuencia de la muerte fetal varía, siendo estimada en 1% de todos los embarazos, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico. <sup>(36)</sup>

Los factores de riesgo relacionados en la muerte fetales clasifican en materno fetales y otros.

Los maternos se dividen no modificables (antecedentes de pérdida fetal, factor Rh negativo en la mujer, enfermedades sistémicas, raza negra, edad de riesgo mayor de 35 años) y modificables (tabaquismo, alcoholismo, drogas, obesidad IMC mayor de 30).

Los datos clínicos relevantes son ausencia de movimientos fetales, ausencia de crecimiento uterino, ausencia de FCF. Se realizan estudios de laboratorio y gabinete con fines de confirmar la muerte fetal y son ultrasonido en tiempo real.

Es indispensable un proceso de evaluación de los resultados, que proporcione herramientas de apoyo, en las acciones encaminadas a establecer métodos eficaces para el fortalecimiento de la APS. Para ello el Instituto Mexicano del Seguro Social, en apego a los preceptos constitucionales sobre derechos humanos y sus garantías, en particular, los derechos a la protección de la salud

que se establecen en la Ley General de Salud, delega en la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) el cumplimiento de tales mandatos, entre los cuales está el referido en el artículo 82 fracción XVIII.- “Diseñar y operar con los Órganos Normativos de Operación Administrativa Desconcentrada y unidades operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud”. (17, 18,19)

En ese contexto, a partir de 2014, la Dirección de Prestaciones Médicas autorizó en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos, la inclusión de indicadores diseñados bajo la perspectiva de procesos para ser utilizados en la evaluación del desempeño de unidades médicas y delegaciones.

El diseño del enfoque de evaluación basada en Procesos de Salud-Enfermedad, tomó como base el modelo (secuencia de eventos o etapas) descrito en las Normas Oficiales Mexicanas, así como en las Guías de Práctica Clínica Institucionales y del Sector Salud. Las principales características del nuevo enfoque son: En primer término, se toma como eje a la población derechohabiente de grupos poblacionales de riesgo y en los que existe la posibilidad de establecer estrategias para evitar el incremento del daño de algún padecimiento específico; en segundo término y lo más importante, se miden las acciones (intervenciones) que son ejecutadas por los servicios de salud para erradicar o impedir el avance de la enfermedad y sus complicaciones.

Esta visión secuencial favorece la evaluación y el monitoreo de cada unidad médica del sistema institucional, a través de los resultados de las acciones realizadas para alcanzar la “Atención Integral” de los derechohabientes. De esta manera, la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la identificación de complicaciones, la prevención de la incapacidad e invalidez o el desenlace (recuperación del estado de salud o muerte), permiten medir el impacto sobre el problema de salud o sus determinantes, así como el avance paulatino en cada uno de ellos. El modelo básicamente considera el curso clínico de la enfermedad y las intervenciones relacionadas a cada etapa susceptible de afrontar. No obstante, se decidió

enriquecerlo con la medición de actividades relacionadas con la educación y la investigación en salud, mismas que fueron consideradas en el apartado de “Apoyo para el desarrollo” y que, hasta el momento, están representadas por indicadores de educación en salud. <sup>(2)</sup>

### **c) La Atención Materna en México.**

La atención materna es un tema impostergable para el IMSS, que trabaja para hacer eficiente el proceso de atención técnico – médica para este grupo vulnerable, mediante la prestación de servicios de mejor calidad y la incorporación de indicadores cualitativos y cuantitativos que evalúen los avances, a fin de lograr:

- a) Que las mujeres se embaracen en las mejores condiciones de salud y evitar riesgos a su vida.
- b) El inicio de la atención prenatal dentro de los primeros tres meses y seguimiento periódico para detectar oportunamente algún signo o síntoma de complicación del embarazo.
- c) Que acudan a la atención obstétrica hospitalaria que comprende la atención de las embarazadas con y sin complicaciones, así como la terminación del embarazo por la mejor vía para evitar riesgos inmediatos y a largo plazo para el binomio madre - hijo.
- d) Espaciar el intervalo inter genésico o concluir la fecundidad con métodos anticonceptivos de alta continuidad elegidos de forma voluntaria e informada. <sup>(8)</sup>

#### **c.1.) El embarazo en la Adolescencia.**

En México, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. La importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y

laborales, con escasa autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo. <sup>(37)</sup>

La adolescencia es fundamentalmente una etapa de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se manifiesta como un período de transición entre la infancia y la edad adulta; comienza con la pubertad y se extiende desde los 13 o 14 a los 18 años en la mujer, y desde los 13 o 14 a los 20 años, aproximadamente, en los hombres. Se dice “aproximadamente”, porque son muchas las variables que inciden en su desarrollo: socioculturales, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes.

#### **d) Principales Indicadores de la Atención Materna Integral:**

**Atención Materna Integral**, el objetivo es medir la proporción de derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan, grupo vulnerable de alto riesgo a la salud, y la supervivencia y desarrollo del binomio madre-hijo, para

establecer acciones de comunicación educativa a este grupo, a fin de ejercer su salud y reproductiva de forma segura e informada. <sup>(20)</sup>

**Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal**, el objetivo es medir la proporción de mujeres que acuden dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones durante la gestación; así como iniciar en forma temprana la comunicación educativa para el cuidado de la salud. <sup>(8)</sup>

**Promedio de atenciones prenatales por embarazada**, el objetivo es medir el número de atenciones prenatales que recibe cada embarazada durante su atención en medicina familiar (continuidad de la vigilancia prenatal) para incrementar el número de oportunidades para la identificación de factores de riesgo y complicaciones, el diagnóstico, tratamiento y/o referencia oportuna y la comunicación educativa a la pareja para el autocuidado de la salud del binomio madre-hijo. <sup>(8)</sup>

**Proporción de infección genitourinaria en embarazadas**. Objetivo del indicador: Medir el porcentaje de infecciones genitourinarias en la embarazada para identificar de forma temprana infecciones del tracto genitourinario, otorgar tratamiento oportuno y prevenir la amenaza de aborto, la ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis y el parto pre término. <sup>(20)</sup>

**Proporción de pre eclampsia – eclampsia**. Objetivo del indicador: Medir la proporción de embarazadas con diagnóstico de pre eclampsia-eclampsia en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, para reorientar o reorganizar la identificación, diagnóstico, tratamiento y/o referencia, de la pre eclampsia-eclampsia y sus complicaciones. <sup>(8)</sup>

**Proporción de hemorragias posparto**. Objetivo del indicador: Medir el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de hemorragia obstétrica posparto en los hospitales de 2do y 3er nivel, para fortalecer estrategias de vigilancia del embarazo, del trabajo de parto y la atención sistemática del parto a fin de disminuir esta entidad, primera causa de muerte materna. <sup>(8)</sup>

**Cobertura de protección anticonceptiva posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.** Objetivo del indicador: Medir la proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad, después del parto, para concluir la fecundación o espaciar el intervalo intergenésico. <sup>(8)</sup>

**Porcentaje de partos vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad.** Objetivo del indicador: Medir el comportamiento de los partos vaginales en las Unidades Médicas de Segundo nivel o en Unidades Médicas de Alta Especialidad, para lograr la proporción de partos por la vía natural aceptada internacionalmente, en beneficio de las mujeres. <sup>(8)</sup>

**Proporción de complicaciones durante posparto o posaborto.** Objetivo del indicador: Medir el porcentaje de complicaciones que se presentaron alrededor del evento obstétrico (aborto o parto), para establecer acciones de mejora que disminuyan la morbilidad obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio. <sup>(8)</sup>

**Cobertura de protección anticonceptiva postevento obstétrico.** Objetivo del indicador: Medir la proporción de las mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto eutócico, distócico vaginal, distócico abdominal o aborto) antes del egreso hospitalario para concluir la fecundación o incrementar el espacio inter genésico <sup>(20)</sup>

**Tasa de letalidad materna hospitalaria.** Objetivo del indicador: Medir la gravedad o la probabilidad de morir por patología obstétrica y no obstétrica durante la etapa grávido-puerperal, para conocer la calidad de la atención que se otorga de acuerdo con la infraestructura disponible, la gravedad de la complicación y la oportunidad con que acude la paciente a la atención, y en su caso, establecer acciones de mejora.

**Porcentaje de asistentes que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención materna en unidades médicas.** Objetivo del indicador: Medir el porcentaje de asistentes del personal del área de la de

salud que aprobaron los cursos de educación continua con temas relacionados a la atención materna en unidades médicas, conforme a la programación anual autorizada, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la capacitación para el trabajador de base en las unidades médicas institucionales.

**Tasa de médicos de base actualizados en atención materna, que aprobaron cursos en línea basados en las Guías de Práctica Clínica en unidades médicas de primer nivel de atención.** <sup>(8)</sup> Objetivo del indicador: Medir el número de médicos de base actualizados en atención materna a través de cursos en línea basados en las guías de práctica clínica, adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención con 10 o más consultorios de medicina familiar para diseñar e implementar las estrategias de actualización que propicien una mejora en la atención materna.

#### **e) Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto:**

El parto es un evento fisiológico complejo, y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas. En la última década se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales, sin disponer de la suficiente evidencia en relación con su seguridad y eficacia. Por ello, en los últimos años se han desarrollado investigaciones de las mismas, tales como el efecto que el tipo de atención tiene en la madre y en sus hijos a corto y largo plazo.

En la actualidad se ha puesto atención a la valoración de los resultados de prácticas rutinarias a través de la medicina basada en evidencia, lo que ha puesto de manifiesto que la adopción de una serie de intervenciones -que se han revelado- inútiles, inoportunas, inapropiadas o innecesarias, han constituido un

grave error en la mejora de atención en los servicios de maternidad con el objetivo de ofrecer salud materno-fetal idónea y la optimización de los recursos en el área de salud (GPC española, 2010).

En una Guía de Práctica Clínica se documentan recomendaciones como el ingreso de pacientes en fase activa, ya que no hacerlo genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitócina y aumento de operación cesárea) con mayores costos institucionales.

Es por esto que es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de atención materno-fetal, que deben ser regulados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país como lo marca la NOM-007-SS 1993, y la Iniciativa de Parto Amigable para la Madre (CIMS).<sup>(6)</sup>

La actualización de la Guía “Vigilancia del Trabajo del Parto” es necesaria para que el profesional o personaje que ofrece atención al binomio (madre-feto) cuente con una herramienta clínica bajo conocimiento actualizado, con información relacionada con el manejo de la vejiga, las maniobras manuales para acortar el trabajo de parto y la inclusión de los criterios de ingreso a hospitalización.

Es importante considerar también la experiencia en México respecto a la atención humanizada e intercultural con posiciones verticales en el parto, que es ya una estrategia federal conocida como Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Instituciones que se adelantaron, motivadas por la adecuación a las recomendaciones internacionales fueron el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) en la Ciudad de México, y la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional. Actualmente dicho modelo se aplica en los Servicios de Salud de Entidades Federativas como el Distrito Federal, Hidalgo, Chihuahua, Durango, Querétaro y Estado de México.<sup>(34)</sup>

#### **IV.- Justificación.**

La salud materna es un tema prioritario a nivel mundial, se considera un fiel indicador de la calidad de la atención y cobertura de los servicios de salud. Las muertes maternas son muertes evitables, es decir, que, con los recursos disponibles en la actualidad, es posible prevenir, detectar y tratar de manera oportuna a las mujeres con riesgo de presentar complicaciones que las pueden llevar a la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o puerperio, independientemente de la duración y sitio de este, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención. La OMS, refiere que una de cada 180 mujeres gestantes tiene riesgo de muerte. La razón de mortalidad materna (RMM), depende de factores geográficos, condiciones de desarrollo, diversidad cultural, entre otras. La RMM en México se estima en 56 casos por cien mil nacidos vivos en 2010. En países desarrollados, muere una de cada 3800 mujeres, mientras que en México muere una de cada 790. <sup>(35. 25)</sup>

Chiapas es uno de los Estados en nuestro país, con elevados índices de marginación socioeconómica, con menos recursos para la salud por habitante y con las tasas de morbilidad y mortalidad más elevada. De acuerdo con los registros oficiales para 1992 fue el estado con menor proporción de partos atendidos por médico a nivel nacional, y la mayor proporción de partos atendidos por partera o enfermera sin especificar el lugar de atención del parto. <sup>(26)</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende aproximadamente al 50 % de la población del país, que incluye una gran proporción de mujeres embarazadas que son atendidas en todos los niveles de atención médica. Motivo por lo que la atención materna es un tema importante para el IMSS, que trabaja para hacer eficiente el proceso de atención técnico – médica para este grupo vulnerable, mediante la prestación de servicios de mejor calidad y la incorporación de indicadores cualitativos y cuantitativos que evalúen los avances, a fin de lograr sus objetivos de atención. <sup>(26)</sup>

## **V.- Planteamiento del Problema.**

El embarazo, el parto, son eventos fisiológicos que en la mayoría de los casos transcurren sin complicaciones; no obstante, existen condiciones que de no detectarse a tiempo incrementan el riesgo de enfermar o morir de la madre y del recién nacido. <sup>(1)</sup> Según OMS, cada día mueren aproximadamente 830.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La meta de la Agenda de Desarrollo sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 <sup>(1)</sup>.

La atención a la salud materna es una prioridad para los servicios de salud y durante la atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación. <sup>(2)</sup>

Dentro del conjunto de las Instituciones que otorgan prestaciones de aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, actualmente cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas y considera en una de sus estrategias la organización de los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación, siendo una de sus líneas de acción, el atender de manera integral y coordinada la salud de la población derechohabiente. La salud materna es un tema “impostergable” para el IMSS y consideración dentro de sus procesos de atención médica, un Modelo de Atención Materna Integral que permita hacer eficiente el proceso de atención técnico-médica hará este grupo vulnerable, mediante la prestación de servicios de mejor calidad. <sup>(1)</sup>

Por lo que considerando lo anterior, resulta importante conocer, ¿Cómo es la atención de la salud materna que se otorga en el Hospital General de Sub Zona No. 19, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas?

## **VI.- Objetivo General y Específicos.**

Conocer cómo se proporciona la atención materna en el Hospital General de Sub Zona No.19, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas.

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar la oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal.
2. Describir el promedio de atenciones prenatales en embarazadas.
3. Especificar la proporción de pre eclampsia – eclampsia.
4. Señalar la proporción de complicaciones durante posparto o posaborto.
5. Precisar la Tasa de letalidad materna hospitalaria.

## **VII.- Material y Métodos.**

Se utilizó un estudio de tipo observacional y transversal. Se obtuvo información del total de pacientes atendidas en el programa de salud materna en el Hospital General de Sub Zona No.19 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social, Delegación Chiapas.

La información se obtuvo de los sistemas oficiales de información. Para las unidades del primer nivel de atención, del Sistema de Información integral a la Salud SIAS y para las unidades de segundo nivel de atención, del Sistema Médico Operativo (SIMO).

### **Criterios de selección.**

No necesarios.

### **Fórmulas:**

No se requieren en el estudio.

**Variable dependiente:**

Salud materna

**Variable independiente:**

1. Proporción de adolescentes embarazadas
2. Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal
3. Promedio de atenciones prenatales por embarazada
4. Proporción de infección genitourinaria en embarazadas
5. Proporción de pre eclampsia – eclampsia
6. Proporción de hemorragias posparto
7. Cobertura de protección anticonceptiva posparto (incluye tras cesárea) con métodos de alta continuidad
8. Porcentaje de partos vaginales en Unidades Médicas de Segundo Nivel
9. Proporción de complicaciones durante posparto o posaborto
10. Cobertura de protección anticonceptiva pos evento obstétrico
11. Tasa de letalidad materna hospitalaria.

## Operacionalización de variables:

Variable dependiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador.
Salud Materna.	Acciones realizadas en el período de preconcepción, durante el embarazo y el puerperio (42 días)	Obtener resultados obtenidos de las variables independientes	De intervalo Discreta	Simplicidad

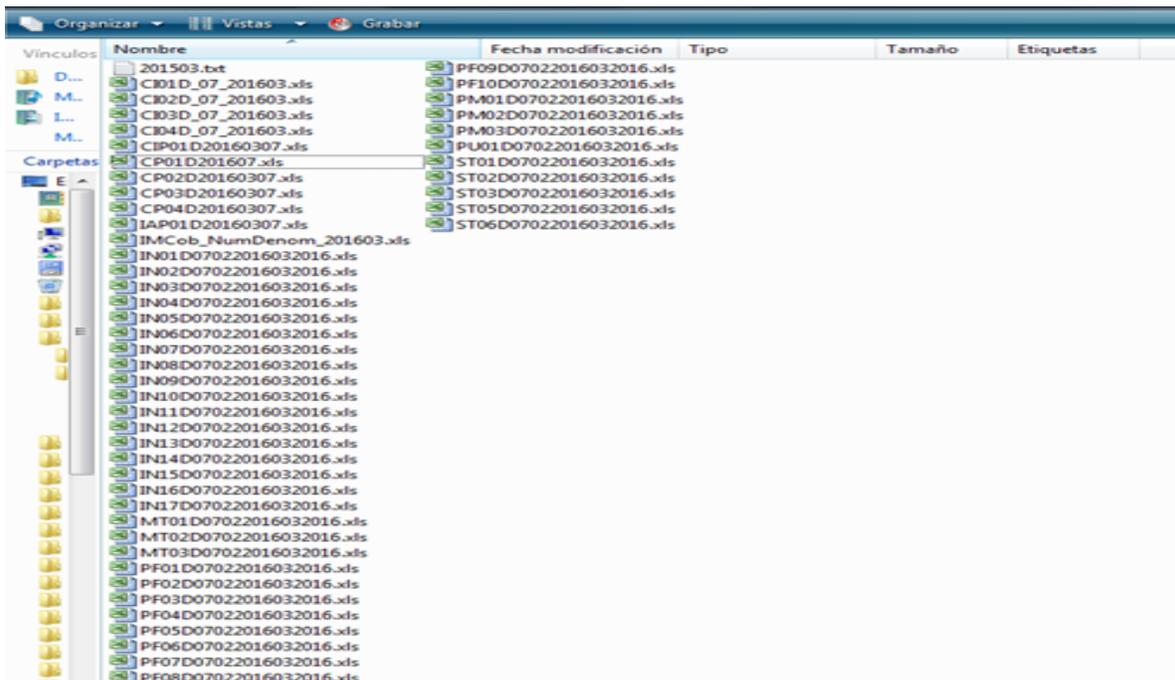
Variable independiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador.
Proporción de adolescentes embarazadas	Proporción del porcentaje de Derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan, que acuden por primera vez a vigilancia prenatal.	Medir la proporción de derechohabientes de 10 a 19 años que se embarazan	De intervalo Discreta	Simplicidad.
Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal.	Proporción del porcentaje de Mujeres que acuden dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal para identificar tempranamente factores de riesgo y/o complicaciones durante la gestación.	Medir la proporción de mujeres que acuden dentro de las primeras 13 semanas y 6 días de gestación a la vigilancia prenatal.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Promedio de atenciones prenatales por embarazadas.	Proporción del Número de atenciones prenatales que recibe atención en medicina familiar (continuidad de la vigilancia prenatal)	Medir el número de atenciones prenatales que recibe cada embarazada durante su atención en medicina familia	De intervalo Discreta	Simplicidad
Proporción de infección genitourinaria en embarazadas.	Proporción del porcentaje de infecciones genitourinarias.(identificación temprana) para, otorgar tratamiento oportuno y prevenir la amenaza de aborto	Medir el porcentaje de infecciones genitourinarias en la embarazada.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Proporción de preeclampsia – eclampsia.	Proporción del número de embarazadas con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia en HGSZ 19. para reorientar o reorganizar la identificación, diagnóstico, tratamiento y/o referencia, de la preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones	Medir la proporción de embarazadas con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia en el HGSZ No 19.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Proporción de hemorragias posparto.	Porcentaje de embarazadas con diagnóstico de hemorragia obstétrica posparto en HGSZ 19	Medir el porcentaje de embarazadas con diagnóstico de hemorragia obstétrica posparto en HGSZ No 19.	De intervalo Discreta	Simplicidad

Variable independiente	Definición Conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Cobertura de protección anticonceptiva posparto (incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad.	Proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad, después del parto, para concluir la fecundación o espaciar el intervalo intergenésico.	Medir la proporción de mujeres protegidas con un método anticonceptivo de alta continuidad, después del parto.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Porcentaje de partos vaginales en unidades médicas de Segundo Nivel.	Proporción del porcentaje de los partos vaginales en HGSZ No. 19 para lograr la proporción de partos por la vía natural aceptada internacionalmente, en beneficio.	Medir el comportamiento de los partos vaginales en las HGSZ No. 19	De intervalo Discreta	Simplicidad
Proporción de complicaciones durante posparto o posaborto.	Proporción del porcentaje de complicaciones que se presentaron alrededor del evento obstétrico (aborto o parto), para establecer acciones de mejora que disminuya la morbilidad obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio.	Medir el porcentaje de complicaciones que se presentaron durante el evento obstétrico.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Cobertura de protección anticonceptiva postevento obstétrico.	Proporción de mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo (parto, cesárea o aborto) antes del egreso hospitalario.	Medir la proporción de las mujeres que egresan protegidas con un método anticonceptivo, después de la interrupción del embarazo.	De intervalo Discreta	Simplicidad
Tasa de letalidad materna hospitalaria.	Proporción de la gravedad o la probabilidad de morir por patología obstétrica y no obstétrica durante la etapa grávido-puerperal, para conocer la calidad de la atención que se otorga de acuerdo con la infraestructura disponible	Medir la gravedad o la probabilidad de morir por patología obstétrica y no obstétrica durante la etapa grávido-puerperal.	De intervalo Discreta	Simplicidad

## Métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información:

En las unidades del primer nivel de atención:

El SIAS en forma mensual genera 50 reportes que contienen información de la atención médica proporcionada a la población derechohabiente en la consulta de Medicina Familiar. El Médico Familiar registra las acciones en la salud realizada con el paciente en el Sistema de Información del Médico Familiar (SIMF)



\*\*Imagen de reportes del sistema SIAS

Del total de reportes, 13 contienen información relacionada a la atención materna.

En las unidades del segundo nivel de atención médica:

Del SIMO se obtiene de 23 cuadros de salida, que contienen información de la consulta externa de Especialidades:

Vinculos	Nombre	Fecha modificación	Tipo	Tamaño
	ACCIDENT-03-2016.TXT	21/04/2016 01:20 a...	Documento de tex...	2 KB
	CONSULTO-03-2016.T...	22/04/2016 08:56 a...	Documento de tex...	36 KB
	CRODMENS-03-2016.T...	22/04/2016 08:57 a...	Documento de tex...	1 KB
	ESTOMATO-03-2016.T...	22/04/2016 08:57 a...	Documento de tex...	2 KB
	FACT-03-2016.TXT	25/04/2016 10:31 a...	Documento de tex...	4 KB
	INBASESO-03-2016.TXT	25/04/2016 11:05 a...	Documento de tex...	5 KB
	INDIETRS-03-2016.TXT	22/04/2016 09:05 a...	Documento de tex...	7 KB
	INFIL-03-2016.TXT	22/04/2016 08:28 a...	Documento de tex...	29 KB
	MOTMENCO-03-2016...	22/04/2016 08:54 a...	Documento de tex...	141 KB
	MOTMENES-03-2016...	22/04/2016 08:44 a...	Documento de tex...	47 KB
	MOTMENES-03-2016.T...	22/04/2016 08:46 a...	Documento de tex...	83 KB
	MOTMENES-GO-03.20...	22/04/2016 08:49 a...	Documento de tex...	97 KB
	MOTMENES-MS-03-16...	22/04/2016 08:50 a...	Documento de tex...	88 KB
	MOTMENES-PM-03-1...	22/04/2016 08:50 a...	Documento de tex...	84 KB
	MOTMENES-TYO-03-1...	22/04/2016 08:51 a...	Documento de tex...	102 KB
	MOTMENGE-03-2016...	22/04/2016 08:44 a...	Documento de tex...	247 KB
	PPFCEMEN-03-2016.TXT	22/04/2016 08:55 a...	Documento de tex...	19 KB
	PPFCEMS-03-2016.TXT	22/04/2016 09:04 a...	Documento de tex...	4 KB
	PROBAMEN-03-2016.T...	25/04/2016 11:05 a...	Documento de tex...	19 KB
	PROG_BAS-03-2016.TXT	25/04/2016 10:31 a...	Documento de tex...	26 KB
	SIS_31-03-2016.TXT	25/04/2016 10:30 a...	Documento de tex...	8 KB
	SIS_32-03-2016.TXT	25/04/2016 10:30 a...	Documento de tex...	1 KB
	URGENCIA-03-2016.TXT	22/04/2016 08:57 a...	Documento de tex...	2 KB

\*\* Imagen de cuadro del sistema SIMO.

También se obtienen 20 cuadros de salida, que contienen información del área de hospitalización propiamente dicha:

Vinculos	Nombre	Fecha modificación	Tipo	Tamaño
	CAUMENCO.MARZO.2...	21/04/2016 11:50 a...	Documento de tex...	56 KB
	CAUMENES.CIR.GRAL...	21/04/2016 11:45 a...	Documento de tex...	13 KB
	CAUMENES.GYO.MAR...	21/04/2016 11:45 a...	Documento de tex...	11 KB
	CAUMENES.M.MARZ...	21/04/2016 11:46 a...	Documento de tex...	15 KB
	CAUMENES.PED.MAR...	21/04/2016 11:47 a...	Documento de tex...	18 KB
	CAUMENES.TYO.MAR...	21/04/2016 11:47 a...	Documento de tex...	11 KB
	CAUMENGE.MARZO.2...	21/04/2016 11:45 a...	Documento de tex...	137 KB
	CIRAMMEN.MARZO.2...	21/04/2016 11:51 a...	Documento de tex...	9 KB
	INDIETRS.MARZO.201...	21/04/2016 11:53 a...	Documento de tex...	10 KB
	INFIL_HGZ-1.TXT	21/04/2016 11:43 a...	Documento de tex...	9 KB
	INTERMEN.MARZO.20...	21/04/2016 11:50 a...	Documento de tex...	11 KB
	OPO_QUIR.MARZO.20...	21/04/2016 11:50 a...	Documento de tex...	3 KB
	PBRMEN.MARZO.2016...	21/04/2016 11:51 a...	Documento de tex...	3 KB
	PPFMEN.MARZO.2016...	21/04/2016 11:52 a...	Documento de tex...	41 KB
	PPFTRM.MARZO.2016...	21/04/2016 12:07 a...	Documento de tex...	45 KB
	PROD_QUIR.MARZO.20...	21/04/2016 11:50 a...	Documento de tex...	2 KB
	REINGRE.MARZO.2016...	21/04/2016 11:52 a...	Documento de tex...	80 KB
	REST_FAC.TXT	21/04/2016 11:43 a...	Documento de tex...	1 KB
	URGEMEN.MARZO.201...	21/04/2016 11:52 a...	Documento de tex...	17 KB
	URGEMEN.MARZO.2016...	21/04/2016 11:52 a...	Documento de tex...	2 KB

\*\*Imagen de cuadros del sistema SIMO

De los cuadros de salida, 10 cuadros contienen información relacionada a la salud materna.

**Procedimiento:**

Los cierres de los sistemas de información se realizan todos los días 25 de cada mes en cada unidad médica, previa validación de los Jefes de servicio, jefas o sub-jefas de enfermeras, Coordinadora de Asistentes Médicas, Coordinadora de Trabajo Social, Jefes de Departamento Clínico y Directores Médicos, los cuales confrontan sus fuentes primarias con los datos que arrojan los cuadros de salida. Si los cuadros de salida no registran la oportunidad real o sobreestima las mismas, es posible realizar los ajustes correspondientes, siempre y cuando exista la evidencia suficiente y disponible, con lo que se asegura calidad en la información de salud.

Una vez realizado el concentrado mensual, se procederá a identificar los cuadros de salida que contenga información del proceso de atención de la salud materna.

Con base a lo descrito en la Operacionalización de variables, se procederá a realizar el cálculo de los resultados de las mismas, a fin de describir la atención que reciban las pacientes, durante el embarazo, parto y puerperio.

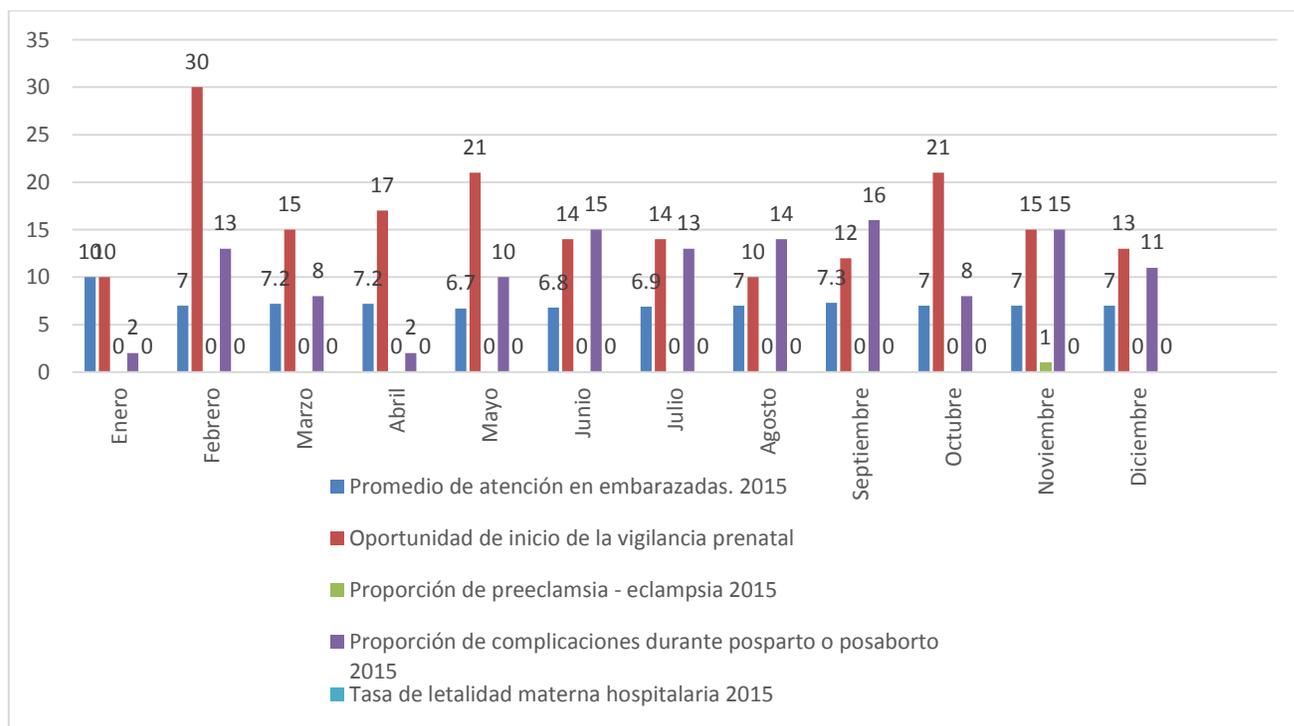
## VIII.-Resultados.

Se presentan los resultados del estudio de la atención materna en el Hospital General de Sub Zona No 19 del Instituto Mexicano del seguro Social, Delegación número 07, en donde se revisaron los cuadros de salida del sistema operativo SIAS y SIMO de primer y segundo nivel respectivamente, obteniendo información relacionada con la Salud Materna.

Se anexan cuadros:

**Cuadro 1.**

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Promedio de atención en embarazadas. 2015	10	7	7.2	7.2	6.7	6.8	6.9	7	7.3	7	7	7	7.25
Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal	10	30	15	17	21	14	14	10	12	21	15	13	192
Proporción de preeclampsia - eclampsia 2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Proporción de complicaciones durante posparto o posaborto 2015	2	13	8	2	10	15	13	14	16	8	15	11	127
Tasa de letalidad materna hospitalaria 2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

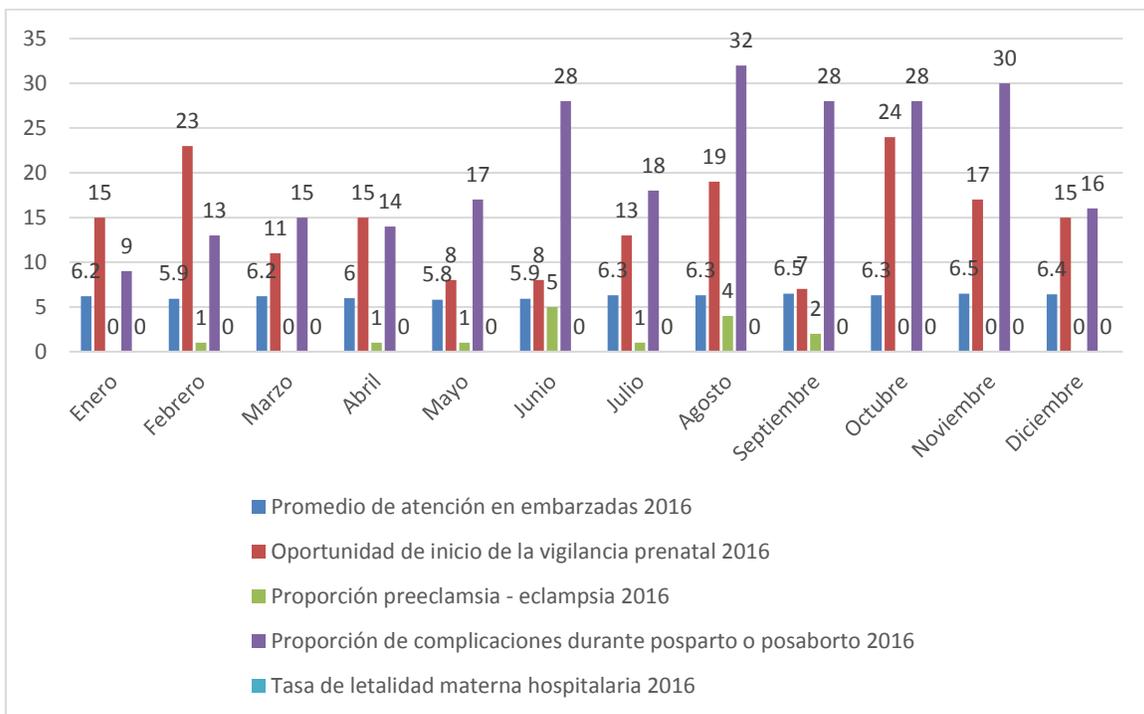


**Cuadro 2. Resultado del estudio de las variables.**

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tot
Proporción de adolescente embarazadas 2015	1	10	3	5	4	5	7	2	3	9	2	6	57
Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de gestación 2015	10	30	15	17	21	14	14	10	12	21	15	13	192
Cobertura de protección anticonceptiva posparto(incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad	4	9	9	1	0	14	15	16	15	11	14	14	122
Proporción de infección genitourinaria en embarazadas 2015	12	8	9	21	21	11	5	9	17	19	23	25	180
Proporción de hemorragias posparto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cobertura de protección anticonceptiva postevento obstétrico 2015	4	9	0	1	0	14	15	16	15	11	14	14	113
Numero de atenciones prenatales por embarazadas 2015	229	280	253	232	246	310	220	230	329	255	223	264	3071
Porcentaje de partos vaginales en unidades médicas de Segundo Nivel. 2015	91.7	66.5	67.4	72.1	65.4	61.4	60.5	57.2	56	55.2	55.4	55.6	63.61

**Cuadro 3.**

	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Tot
Promedio de atención en embarazadas 2016	6.2	5.9	6.2	6	5.8	5.9	6.3	6.3	6.5	6.3	6.5	6.4	6.19
Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal 2016	15	23	11	15	8	8	13	19	7	24	17	15	175
Proporción preeclampsia - eclampsia 2016	0	1	0	1	1	5	1	4	2	0	0	0	15
Proporción de complicaciones durante posparto o posaborto 2016	9	13	15	14	17	28	18	32	28	28	30	16	248
Tasa de letalidad materna hospitalaria 2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**Cuadro 4.- Resultado del estudio de las variables.**

	Ene	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Tot
Proporción de adolescente embarazadas 2016	6	3	1	6	11	11	1	7	3	9	5	7	70
Consultas prenatales de primera vez, en el primer trimestre de gestación 2016	15	23	11	15	15	8	13	19	8	24	17	15	183
Número de atenciones prenatales por embarazadas 2016	222	289	151	226	175	267	236	270	210	237	290	215	2788
Proporción de infección genitourinaria en embarazadas 2016	25	26	9	27	12	22	9	11	18	17	18	32	226
Proporción de hemorragias posparto 2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cobertura de protección anticonceptiva(incluye transcesárea) con métodos de alta continuidad 2016	5	10	6	9	8	16	8	14	19	2	17	6	130
Porcentaje de partos vaginales en unidades médicas de Segundo Nivel 2016	13	10	11	6	10	8	12	7	10	10	14	8	119
Cobertura de protección anticonceptiva postevento obstetrico 2016	0	10	6	10	10	16	9	15	19	12	17	6	130

### **IX.-Análisis.**

La atención materna en el Hospital General de Sub Zona No 19 del Instituto Mexicano del seguro Social, se observó que la oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal en el año 2015 fue 192 embarazadas en relación al año 2016 en donde se atendieron a 175 embarazadas.

El promedio obtenido de la atención en embarazadas en el año 2015 fue de 7.2, en relación al año 2016 que se observó un promedio de 6.2.

En cuanto la proporción de preeclampsia - eclampsia en el año 2015 fue de un caso que se presentó en noviembre, en cuanto 2016 se presentaron 15 casos en diferentes meses del año.

La proporción de complicaciones durante el posparto y posaborto en el 2015 fue de 127 y en el año 2016 fue de 248 casos.

## **X.-Conclusión.**

La salud materna observada en el Hospital de Sub Zona de Huixtla del Instituto Mexicano del seguro social, se expresa con un mayor número de consultas prenatales en el 2015 en relación a 2016 haciendo una diferencia de -1.06 en promedio de atención en embarazadas, reflejando así, disminución de la oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal, con un aumento de riesgo en la proporción de preclamsia – eclampsia exponiendo al binomio de presentar con más frecuencia complicaciones durante el posparto y posaborto, sin observar relevancia en la presencia de letalidad materna hospitalaria.

De lo anterior se concluye que el resultado observado en el estudio, presenta considerables limitaciones, haciendo evidente un mal registro de los indicadores marcados por el programa de salud materna en esta unidad, ya que los resultados no concuerdan con la evolución esperada.

## **XI.-Discusión.**

La salud materna se considera como bienestar de la mujer durante el período de preconcepción, embarazo, parto y el período postparto, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad del binomio. Se sabe que como tema prioritario a nivel mundial se consideran un fiel indicador de calidad de la atención y cobertura de los servicios de salud teniendo como finalidad evitar muertes maternas a través de un oportuno y adecuado control prenatal.

En el presente estudio planteo como objetivo general describir la atención de la salud materna, que se proporciona en el Hospital General de Sub Zona No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Chiapas, observando información de los indicadores oficiales de la Dirección de prestaciones médicas.

De lo anterior se observó durante el año 2015 se obtuvo una mayor oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal, obteniendo el menor número de casos de preeclampsia – eclampsia y una disminución del 51 % en el número de complicaciones en relación al año 2016, la diferencia de resultados entre un año y otro hace pensar que la información del estudio es limitada y no expresa los motivos por el cual la salud materna en el Hospital de Sub Zona de Huixtla no cumple con los indicadores esperados en la salud materna, cuando las estrategias de seguimiento de este programa es prioritario para los sistemas de salud de la institución. Motivo por el cual se cree conveniente dar seguimiento en estudios futuros que incluya objetivos que expresen el proceso de captura de información desde que la paciente es captada hasta que concluya su proceso de vigilancia de salud materna en esta unidad.

## **XII.-Referencias Bibliográficas.**

- 1.- Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016). Atención de la mujer durante el embarazo y puerperio. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaria de Salud. Diario Oficial de la Federación.
- 2.- Guía de Práctica médica clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de Salud; 2009.
- 3.- Rev. Med. Inst. Seguro Social. Mortalidad Materna en una Unidad de Tercer Nivel sin servicio de Obstetricia. Rev. Med. Inst. Seguro Social. 2016;(2):196-202
- 4.- Trejo y Pérez JA, Hernández Leyva B, Vázquez Estrada L, Tomé Sandoval P. Guía para la práctica para la Atención Prenatal, Salud positiva. 2011; (6):42-54.
- 5.- Arizpe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med. Hered. 2011; (4):22-24.
- 6.- Rico Venegas, RM, Ramos Frausto, VM, Martínez PC. Control prenatal vs resultados obstétrico perinatal. Revista electrónica de enfermería. 2012; (27):397-408.
- 7.- Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez Dantes H, Castro V, Arreola H, Bedregal P. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Red de investigación sobre cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Salud pública de México/vol. 53, suplemento 2 de 2011; (53)
- 8.- Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2016. Atención Materna Integral. Cap. 5 pág. 167- 196.
- 9.- Reyes Hernández MU, Hernández KL, Gutiérrez Caballero GA, Reyes Hernández DP, Sandoval García-Travesi A. Control prenatal en el primer nivel de atención. Revista Mexicana de atención Primaria a la Salud. Órgano oficial de la sociedad de médicos generales del Estado de Oaxaca A.C.
- 10.- Control Prenatal Vigilancia Durante la Gestación Evaluación del Riesgo Concepcional y Conductas. Salud sexual y reproductiva. Centro latinoamericano de perinatología, salud de la mujer y reproductiva. 2012;(1):32-40.

- 11.- Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, Ulloa-Aguirre A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública Mex.* 2013; 55 supl 2:S214-S224.
- 13.- Llanes AI, Godoy AC, Insausti A, Vasconi C. Cuidados prenatales y de puerperio en el primer nivel de atención de Bahía Blanca en el año 2013. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2015; 12(1):31-35.
- 14.- Pérez-Lu JE, Iguñiz Romero R, Bayer AM, García PJ. Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los Sistemas de información en salud: Wawared Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública.* 2015; 32(2):373-377.
- 15.- Organización Mundial para la Salud. Estrategia de cooperación. Revisión mayo 2013.
- 16.- Cáceres-Manrique FM, Ruíz-Rodríguez M, Hernández-Quirama A. La atención prenatal: Una mirada desde los profesionales de la salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* Abril-Junio 2015; 66(2):103-109.
- 17.- Atalah ES., Cordero MV, Quezada SL, Carrasco XF, Romo M, Guerra ME. Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 – 2011. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología,* 2013; 78(4):310 – 316.
- 18.- Leite Alves de Oliveira R, Branco da Fonseca CR, Leite Carvalhaes MA, García de Lima Parada CM. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original 21(2): [08 pantallas]. 2013.
- 19.- Ruíz Jaramillo CE. Evaluación de la estrategia de Atención Primaria con enfoque familiar “Salud puerta a puerta” En el Departamento del Huila durante EL período 2006 – 2007. *Revista Facultad de Medicina, No. 2. E- salud - RFS junio / 2009.*
- 20.- SSA. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Plan Nacional de Desarrollo. Programa Sectorial de Salud 2013- 2018.
- 21.- Aguilera SP., Soothill MD. Control Prenatal. *Revista Médica Clínica CONDES* - 2014; 25(6):880-886.

- 22.- Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, Olvera-López D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Rev. CONAMED 2012; 17 (4):172–175.
- 23.- Rode Gonzaga-Soriano M, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública Mexicana. 2014; (56):32-39.
- 24.- Villanueva-Egan LA, Cruz-Vega L. Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica. Revista CONAMED 2012; 17(2):60-66.
- 25.- Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, Justo A. Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. Revista Médica Uruguay 2012; 28(2):100-107.
- 26.- Herrera D, Gaus D, Troya C, Obregón M, Guevara A, Romero S. Control Prenatal. Cap. 1.2/2016.
- 27.- Tipiani O, Tomatis C. EL Control Prenatal y el desenlace Materno perinatal. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(4):46-48.
- 28.- Blanco Gámez D, Arrieta Zulueta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico epidemiológico en el Policlínico Párraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010; 9(2):246-253.
- 29.- Reyes Hernández MU, Reyes Hernández KL, Gutiérrez Caballero GA, Reyes Hernández DP, Sandoval García-Travesi A. Control prenatal en el primer nivel de atención. Revista Mexicana de Atención Primaria a la Salud. 2016
- 30.- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo del parto pre-término. IMSS - 063-8.
- 31.-Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único. IMSS-567-12.
- 32.- Prevención, Diagnóstico y Manejo de preeclampsia / Eclampsia, lineamiento técnico 3ra. edición Junio 2002 ISBN 970-721-034-6.
- 33.- ARBOR ciencia, pensamiento y cultura. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial CLXXXIV730 marzo- abril (2008) 349-352 ISSN 0201 - 1963.
- 34.- CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud); Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, 2014.

35.- OMS. Estrategia de Cooperación. Revisión mayo 2013. Organización Mundial de la Salud.

36.- Hernández Pérez MA, Gómez Ventura J; Prevención, Diagnóstico y Manejo de preeclampsia / Eclampsia. Revista Médica del IMSS. México 2002; 28(2):45-49.

37.- Mora-Cancino AM; Hernández-Valencia M. Diagnóstico y Manejo de preeclampsia / Eclampsia. Revista de Ginecología y Obstetricia México 2015; (83):294-301

38.- Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia / eclampsia Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud. México. 2007.

39.- Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Puerperal. Guía de Práctica Rápida. IMSS-272-10. 2012.