



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN RELACION AL CONTROL
PRENATAL EN EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS EN LA UMF 43 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CEDRAL, SLP.**

PRESENTA:

MAGALY ORTIZ ORTIZ

Investigador principal

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Matricula: 99259315

Dirección: Juárez 33 colonia centro Cedral, S.L.P. 78520

Teléfono 8870272

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

2019



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.

**EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN RELACION AL CONTROL
PRENATAL EN EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS EN LA UMF NO. 43
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CEDRAL S.L.P**

PRESENTA:

MAGALY ORTIZ ORTIZ

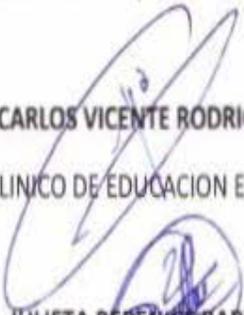
AUTORIZACIONES


DR. JUAN SANCHEZ RAMOS

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACION SAN LUIS POTOSI.


DRA LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION DELEGACION SAN LUIS POTOSI.


DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA


DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN

UMF 47 S.L.P

ASESOR DE TESIS

**EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN RELACION AL CONTROL
PRENATAL EN EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS EN LA UMF 43 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CEDRAL, SLP**

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

PRESENTA:

DRA. MAGALY ORTIZ ORTIZ

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INV ESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

ASESORES



DR. FRANCISCO NAHÚM LEYVA GÓMEZ

Asesor Metodológico

Especialidad: MÉDICO FAMILIAR
MASTER EN NUTRICION CLINICA

Adscripción: UMF 5

Matricula: 99259593

Teléfono: 8 311 568

Dirección: Benito Juárez y Allende 78430
Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, S.L.P.



DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

Asesor Clínico

MÉDICO FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 IMSS

Matricula 99259278

Teléfono 8221094

Correo electrónico: julieta.barbosa@imss.gob.mx
Dirección: López Hermosa, Esq. Valentin Amador, Col. Ferrocarrilera 78310
San Luis Potosí, S.L.P.



DR. JUAN MANUEL SHIGUETOMI MEDINA

Asesor Estadístico

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

JEFATURA DE POSGRADO CLÍNICO E INVESTIGADOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA UASLP

FACULTAD DE MEDICINA UASLP

Teléfono: 8 26 23 42

Correo electrónico: jmshigue@gmail.com
Dirección: Av. Venustiano Carranza #2405 Lomas de los filtros 78210
San Luis Potosí, S.L.P.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Antecedentes.....	5
Marco teórico.....	8
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis.....	15
Metodología.....	16
Tipo de Estudio.....	17
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	17
Variables.....	18
Instrumentos.....	20
Procedimiento.....	22
Análisis Estadístico.....	23
Consideraciones Éticas.....	23
Bibliografía.....	25
Anexos.....	29
Cronograma.....	29
Consentimiento informado.....	30
Ficha de Recolección de datos.....	31
Programa académico.....	32
Test de Vargas.....	33
Resultados.....	37
Discusión.....	39
Recomendaciones.....	40

RESUMEN

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN RELACION AL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS EN LA UMF 43.

Ortiz-Ortiz M.¹ Barbosa-Rojas J.² Leiva-Gómez N.³ Shiguetomi-Medina J.⁴

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS 2.Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Medicos Generales del IMSS 3.Asesor Metodologico 4.Asesor Estadistico.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es un necesidad para optimizar los resultados de las políticas públicas en salud ya que prevenir la morbilidad mortalidad materna y perinatal pero no todas la mujeres tienen acceso al control prenatal otras no logran la adherencia ,ni el cumplimiento en la asistencia necesarias (1) .

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en 2012 presento datos de Colombia donde se aprecia una evaluación de la calidad del control prenatal con ayuda de las instituciones Prestadoras de Salud para buscar medidas preventivas de mortalidad materna y perinatal. Por lo que se redoblan esfuerzos para un mejor control prenatal y atención al menor de 2 años (2)

OBJETIVO

EL objetivo principal de la presente investigación es determinar el efecto de una estrategia educativa en relación al control prenatal en embarazadas que acuden a la UMF 43 del IMSS.

MATERIAL Y METODOS

Realización de un estudio Cuasi experimental, no ciego, longitudinal que se realizara con todas las embarazadas que reciben atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Cedral previa invitación y aceptación de participación mediante consentimiento informado

PALABRAS CLAVE: Estrategia Educativa, Embarazadas, Control Prenatal.

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN RELACION AL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS EN LA UMF 43.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una necesidad para optimizar los resultados de las políticas públicas en salud ya que prevenir la morbilidad materna y perinatal pero no todas las mujeres tienen acceso al control prenatal otras no logran la adherencia, ni el cumplimiento en la asistencia necesarias (1) .

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en 2012 presentó datos de Colombia donde se aprecia una evaluación de la calidad del control prenatal con ayuda de las instituciones Prestadoras de Salud para buscar medidas preventivas de mortalidad materna y perinatal. Por lo que se redoblan esfuerzos para un mejor control prenatal y atención al menor de 2 años (2)

De ahí la inquietud de encontrar la manera en que se comprenda la importancia del control prenatal pues no solo detecta factores de riesgo y patologías asociadas, es un momento ideal para orientaciones educativas y preventivas como por ejemplo: la valoración nutricional. La mortalidad materno infantil es uno de los indicadores más importantes de la salud de un país, además del impacto social por la pérdida de una madre o de un hijo (3)

ANTECEDENTES

Álvarez M. Hinojosa MC en 2011 advierten que la salud materna tiene impacto mundial. Las complicaciones son una de las principales causas de discapacidad y muerte en mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo, lactantes huérfanos dentro del puerperio son propensos a morir antes de los 2 años. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia materna, una atención integral logrará reducir la morbilidad materna (4).

Verde María, Varela lucia et. al. En 2012, publicaron un trabajo en Uruguay acerca del por qué las pacientes no acudían al control encontrando que el 48% no tenía interés en asistir independiente de la franja etaria y la paridad; 17.8 no acude por q no tiene con quien dejar a otros hijos; 10.4% por falta de carne de asistencia; 7.4% por falta de ginecólogo o partera en clínica de referencia; 4.5% por falta de dinero para cubrir costos de transporte; 3.6% por clínica lejana a su domicilio. (5).

Ponce J. Melgarejo E. en 2012 describen que la inasistencia al control prenatal tiene consecuencias para ambas entidades (madre / hijo), esta falta de asistencia se debe a q la paciente se siente en buenas condiciones generales y no tiene caso ir a la clínica en particular las madres adolescentes y las q tienen un menor grado escolar son más susceptibles a no llevar control (6).

Flores Navarro C. González Jiménez E. En 2015 Encontraron en Colombia que el ingreso al control prenatal se espera lo más temprano posible a fin de detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La anemia es del 44.7% en las gestantes y más de la mitad es ferropenia. Sin embargo no todas las mujeres presentan adherencia al control prenatal, las mujeres de escasos recursos acuden a menos de 6 citas y las económicamente favorecidas acuden a 12 o más (7).

Alcalá Lorente M , Navarro Rubio G. en 2016 sugieren el uso profiláctico de la aspirina en dosis bajas para prevenir el riesgo de complicaciones severas de la preclampsia(insuficiencia renal aguda) en mujeres con factores de riesgo ya que tiene una prevalencia del 7.5% a nivel mundial sabemos que aproximadamente en la semana 13-14 se da la remodelación de las arterias espirales uterinas concluye entre la semana 18 y 20 por lo tanto la semana 16 es un buen momento para dicha profilaxis(8)

En México desde los años 80 los Médicos Familiares del IMSS han estado interesados en el control prenatal por ejemplo:

Mendoza Ozuna en Mazatlán Sinaloa encontró que la causa principal es la falta de interés en el mismo por parte de la paciente; la segunda causa falta de tiempo para acudir siendo q el 77% de la población de estudio no tenía actividad remunerada (9).

Romero Sanabria en Morelia, Michoacán detecto una causa social como el principal impedimento, el tipo de empleo del cónyuge pues al ser temporal deja un margen estrecho para la atención obstétrica, puesto q lo buscan en el 3 trimestre de la gestación para garantizar la atención medica en la resolución del embarazo; en segundo término mujeres con familias grandes que cuidar (10).

Ambos hacen referencia a que no importa la lejanía o limitación de recursos es importante educar a la paciente embarazada en la importancia del control para prevención de complicaciones (9-10).

Torres Sánchez en Puebla durante los años 90 realizo un trabajo relacionado a causas psicosociales como embarazo no deseado encontrando q es baja la incidencia del mismo pero que en los casos establecidos el control prenatal se realiza de forma tardía (11).

Aguilar Estrada A. en Morelia, Michoacán hace notar el incremento en la realización de operación cesárea en pacientes sin control siendo la toxemia gravídica y el sufrimiento fetal agudo los principales diagnósticos por los que se decide dicha intervención (12).

Blanca Hernández Leyva et.al. en 2003 publican una guía clínica para la atención prenatal con el objetivo de facilitar el diagnóstico y referencia oportunas de complicaciones del embarazo ya que a pesar q la mortalidad materna disminuyo a 50 por 100mil nacidos vivos en nuestro país aún es alta a nivel internacional reconociendo 4 causas : preclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, aborto y sepsis puerperal ,eventualidades como cervicovaginitis ,bacteriuria asintomática clasificadas como complicaciones menores su tratamiento oportuno repercute en disminución del parto prematuro(13).

Cruz P, Ramírez Mota C, et.al. en 2009 saca a la luz la Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo recomiendan la utilización de hierro y ácido fólico para tratar la anemia. Así como una incidencia de 2-10% de la bacteriuria asintomática que al identificarse y ser tratada tempranamente reduce el riesgo de parto pre término y pielonefritis en la mujer gestante (14)

Maldonado Cisneros M. en 2015 manifiesta los estudios sociales que apoyan la implementación de estrategias para favorecer la asistencia al control prenatal. Otro punto importante a tomar en cuenta es el tiempo de espera en las unidades médicas estudiadas de aproximadamente 300 minutos, susceptible de mejorar puesto que si produjo una diferencia significativa. La calidad del control prenatal es lo que genera impacto en la mortalidad (15).

MARCO TEÓRICO

Se entiende por embarazo al estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación del ovulo por el espermatozoide y termina con el parto y nacimiento del niño(a).Incluyendo los cambios físicos y metabólicos tanto de la madre como del feto(s); con una duración de 40 semanas (16).

Los criterios para diagnosticar el embarazo se dividen en 3 secciones generales:

Sospecha: síntomas vagos que en conjunto orientan la existencia de un embarazo por ejemplo: amenorrea secundaria (2 ciclos mínimo), nauseas, vomito, mareos, mastalgia, astenia, adinamia, alteraciones del gusto y/o el olfato. (17)

Probabilidad: signos y síntomas frecuentes en la mayoría de los embarazos sin confirmar su existencia por ejemplo aparición de línea morena en el vientre salida de calostro percepción de movimientos fetales por la mujer, durante la exploración física cuerpo uterino globoso o Signo de Noble y fondo de saco ocupado conocido como signo de Budin(17-18).

Certeza: signos que denotan con seguridad del embarazo por ejemplo Presencia de células naviculares en el Papanicolaou Prueba de inmunológica de embarazo positiva ; a la exploración física auscultación de latido cardiaco fetal palpación de partes fetales; por medio de gabinete sombra fetal en ultrasonografía(18).

Control Prenatal: conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada para identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación,

Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad género y debiendo ser:

Accesible: de fácil localización para la embarazada el establecimiento sanitario, dentro de su entorno comunitario.

Continua: ya que esto genera confianza en la paciente hacia el personal y las instituciones sanitarias; lo que puede dar oportunidad a tocar tópicos sensibles para la paciente o su entorno.

Oportuna: ya que debe brindarse la información de manera respetuosa accesible y clara a la gestante previa a toma de decisiones tomando en cuenta sus necesidades y limitaciones ya sean estas físicas o mentales.

Efectiva: las intervenciones realizadas deberán ser basadas en evidencia científica actualizada y probada, además de ser aceptada por la paciente.

Se recomienda iniciar dentro del primer trimestre del embarazo o en su defecto lo más pronto posible un mínimo de 5 consultas debiendo durar los primeros 40 minutos y las otras 4 unos 20 minutos en caso de inicio tardío 30 minutos (19).

La atención prenatal contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido. Ya que se inicia la Promoción de hábitos saludables con la mejora de la dieta materna habitual y ejercicio de acuerdo a las capacidades físicas de la paciente, el inicio temprano de la lactancia materna con los conocidos beneficios para el producto (incremento de peso adecuado, fortalecimiento del vínculo madre hijo protección contra infecciones) es recomendable que el equipo de salud involucre a la pareja es un momento oportuno para la consejería sobre planificación familiar y favorecer con esto la salud materna al espaciar los embarazos(20). Con respecto a la Prevención la suplementación con ácido fólico disminuye el riesgo de defectos del tubo neural idealmente debería de ser 3 meses previos al embarazo la ingesta de omega 3 tiene una reducción de del riesgo de parto pretérmino recurrente del 33%, la toma de hierro en cantidades de 30-60 mg son efectivas en prevención de anemia materna. La aplicación de vacunas no se contraindica en la embarazada se relaciona con disminución del tétanos neonatal, la inmunización contra influenza contra ha evitado complicaciones como el síndrome de distress respiratorio (20).

La depresión durante el embarazo se debe al grado de alto de ansiedad de la madre con respecto a su capacidad para asumir su rol materno y el involucramiento con los cuidados del feto sumado a acontecimientos estresantes y falta de apoyo familiar o de la pareja., pueden ser pasados por alto. Las visitas de control prenatal son un momento idóneo para su detección ya que es un factor predisponente para depresión post parto con afectación al recién nacido ya q el vínculo materno fetal se debilita generando más ansiedad en la madre además se le ha relacionado con problemas conductuales y cognitivos del menor

Consumo de tabaco: no hay un nivel seguro para el consumo de tabaco en el embarazo. Es conocido que fumar expone al feto aproximadamente a 7000 sustancias dañinas que pueden interferir en el desarrollo y crecimiento. Puesto que hay menos oxígeno disponible cualquier órgano puede ser afectado dependiendo la etapa del desarrollo en que se encuentre. Las investigaciones sugieren que los hijos de madres fumadoras activas o pasivas tienen mayor posibilidad de presentar Muerte súbita del lactante, mayor riesgo de tener trastorno por déficit de atención, ser propenso al asma, infecciones respiratorias frecuentes, hipertensión arterial.(22)

Ingesta de Alcohol: ingesta de cualquier bebida alcohólica no hay comprobado ningún nivel seguro para su consumo se sabe de una serie de defectos de leves a severos como retraso mental por anomalías en el desarrollo cerebral. La mayoría de los niños presenta problemas físicos y psicológicos para la madre hay riesgo incrementado de aborto espontáneo productos con bajo peso al nacer, óbito fetal (23)

Psicoprofilaxis obstétrica: se define como el conjunto de actividades ligadas a brindar preparación a la gestante durante el embarazo parto y puerperio con participación del padre y la familia. Para fomentar una actitud positiva ante el embarazo. Intentando abarcar al individuo en su contexto para lograr evitar factores de riesgo que pudieran afectar al binomio madre –hijo.se basa en 3 secciones: Cognitivo-conocimiento básico de cambios físicos propios del embarazo. Psicológico –orientación sobre cambios en el estado de ánimo, emociones.

Físico: ejercicios de bajo impacto que favorecen el fortalecimiento de grupos musculares del piso pélvico (24)

Muerte materna: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de concluir el embarazo; sin importar la duración o localización del mismo, de cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (25).

Morbilidad: cualquier separación, subjetiva u objetiva, del bienestar fisiológico o psicológico. Los términos transtorno y estado mórbido son sinónimos dentro de esta concepción.

Unidad Médica: sitio establecido física y geográficamente en un lugar que proporciona atención médica y/o quirúrgica al usuario pudiendo ser de primero, segundo o tercer nivel de atención.(26)

Mortalidad: Mide la frecuencia del evento de la muerte con el total de la población en riesgo de muerte, se expresa como proporción de acuerdo a la magnitud (100; 100,000).Se puede usar de forma general específica proporcional y diferencial (27).

Efecto: palabra derivada del termino effectus de origen latino que significa lo que se deriva de una causa, resultado el fin, la conclusión, la consecuencia dependiendo del contexto en que se utiliza.

Estrategia: plan para dirigir un asunto, hecho a base de acciones planificadas que ayuden a tomar de decisiones con la finalidad de alcanzar un objetivo. Originalmente es el arte o forma de dirigir operaciones militares. En el área de la educación se refiere al conjunto de técnicas que ayudan a la mejora en el proceso educativo (28)

Estilos de Aprendizaje: las teorías más conocidas acerca del aprendizaje son

la sensorial (VAK) y la de Kolb la primera destaca que cada uno de nosotros tenemos un sentido favorito y el aprendizaje mejora si conservamos dicha preferencia, se divide en 3 secciones generales:

Visual: estilo relacionado con ver y leer, tienen más facilidad para recordar grandes cantidades de información y relacionando conceptos e ideas con rapidez. Películas, fotos, resúmenes, presentaciones son de utilidad con ellos.

Auditivo: hablar y escuchar aprendizaje mediante explicaciones orales muy hábiles en idiomas y música; canciones, debates, video - conferencias pueden ayudarles.

Kinestésico: movimiento suele ser más lento captación de información por medio de dibujos hacen pausas frecuentes relacionan conocimientos nuevos con antiguos y situaciones de la vida real; utilizar juegos de mesa, prácticas de laboratorio, realización de objetos con barro son técnicas efectivas (29)

La segunda se basa en la experiencia durante el proceso de aprendizaje David Kolb considera que para aprender hay que tener 4 capacidades + la experiencia directa del alumno genera a su vez 4 tipos de aprendizaje:

Divergente: imaginación, visualización de situaciones concretas, emotivo con interés en la gente.

Asimilador: habilidad para crear teorías razonamiento inductivo interés en conceptos abstractos Convergente: aplicación práctica de ideas, razonamiento hipotético – deductivo, preferencia hacia objetos.

Acomodador: se involucra en nuevas experiencias, intuitivo, depende de otras personas, cómodo con la gente.

De acuerdo con Kolb, son necesarias dos dimensiones para que ocurra el aprendizaje. La primera es descrita como percepción del medio y la segunda, como procesamiento (28)

Honey y Mumford partiendo del análisis de la teoría de Kolb, para una aplicación de los estilos de aprendizaje. Tienen interés en averiguar por qué en una situación, en la que dos personas comparten texto y contexto, una aprende y otra

no. Una explicación está en que los estilos de aprendizaje de cada persona originan diferentes respuestas y diferentes comportamientos ante el aprendizaje. Según Honey, lo ideal sería que todo el mundo fuera capaz de experimentar, reflexionar, elaborar hipótesis y aplicar. Pero las personas son más capaces de una cosa que de otra (29)

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Técnica expositiva: consiste en la presentación oral de un tema. Su propósito es transmitir información de un tema, propiciando la comprensión del mismo. Se auxilia en algunas ocasiones de apoyo visual.

Lectura comentada: consiste en la lectura de un documento de manera total, párrafo por párrafo, por parte de los participantes, bajo la conducción del instructor

Debate dirigido: se utiliza para presentar un contenido y poner en relación los elementos teóricos presentados en la unidad didáctica con la experiencia de los participantes, el formador debe hacer preguntas a los participantes para poner en evidencia las experiencias de ellos y relacionarla con los contenidos técnicos (31)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La razón de mortalidad materna mundial (RMM; muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos) disminuyó en un 44 % en los últimos 25 años de 385 a 216 de acuerdo a estimaciones de la OMS. La mayoría en países en desarrollo 99%. México reportó un descenso en la RMM del 90 al 38(33)

Aunque es una cifra alentadora aún estamos lejos de la meta propuesta del 22.2, las principales causas son la Enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia obstétrica; los estados con mayor riesgo de morir por estos padecimientos son: Aguascalientes (7.0) y Guerrero (19.4) respectivamente (34).

Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que a mediados del 2014 la población en México era de 119, 713,203 de personas, de las cuales 51.2% son mujeres y el 48.8% hombres y 78% vive en localidades urbanas. Se proyecta un incremento de la población aproximado a 127, 091,642 habitantes en 2020.

Esto plantea la siguiente duda:

¿Cuál sería el efecto de una estrategia educativa con relación al control prenatal en embarazadas de 15 a 45 años de la unidad de medicina familiar 43 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es un fenómeno complejo y multicausal, factores aunados a los atribuibles al sistema de salud como los aspectos sociales, culturales, económicos e incluso de comunicación. Entre 1990 y 2013, la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó de 88.7 a 38.2/100,000 nv. Las causas relacionadas con problemas en la atención médica (causas obstétricas directas/ hemorragia postparto) han mostrado una tendencia descendente, mientras que las asociadas a otras comorbilidades distintas al embarazo (causas obstétricas indirectas/infección por VIH) han ido en aumento. En 2013, los estados con las mayores RMM fueron Campeche, Chihuahua, Guerrero, Chiapas y Yucatán (35).

La atención prenatal contribuye a la mejora del resultado del embarazo antiguamente se dividían en mujeres con y sin factores de riesgo. La importancia de esta división era ubicar a quienes tienen mayor posibilidad de complicaciones aunque recientemente se ha visto q mujeres sin factores de riesgo presentan alguna complicación. De ahí que cada mujer deba ser valorada en su primera cita

y revalorada en cada consulta de control prenatal para prevención de eventos que conduzcan a mortalidad materno-fetal (36)

El costo de la atención en pacientes sin control prenatal es mayor comparándolo con pacientes controladas con ahorro aproximado de 1748444 dólares anuales además del beneficio en el término de la gestación 91% con CPN vs 87.5% sin CPN. Respecto a la mortalidad materna las mujeres que no asistieron tuvieron una RMM de 166.6 mientras que las que asistieron presentaron 72.7. La morbilidad obstétrica se refiere a eventos en la embarazada que pueden influir en la salud y la del hijo. La morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato; tal es la importancia del control prenatal (36)

OBJETIVOS

Objetivo general: determinar el efecto de una estrategia educativa de control prenatal en embarazadas que acuden a la UMF 43 del IMSS.

Objetivo específico: identificar el nivel de conocimiento previo a estrategia educativa en pacientes embarazadas que acuden a la UMF 43 del IMSS.

Objetivo específico: identificar nivel de conocimiento posterior a estrategia educativa en grupo de estudio.

Objetivo específico: identificar la edad de las embarazadas que acuden a la UMF 43 del IMSS.

HIPÓTESIS

Ha: Una estrategia de capacitación de la mujer embarazada aumentará sus conocimientos del control prenatal; esta mejora puede ser corroborada 15 días después de la implementación de la misma.

Ho: Una estrategia de capacitación de la mujer embarazada no aumentara sus conocimientos del control prenatal; mejora no puede ser corroborada 15 días después de la implementación de la misma.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del Estudio: Realización de un estudio Cuasi experimental, no ciego, longitudinal.

Población de estudio: Nuestro Universo de estudio son todas las embarazadas que reciben atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Cedral previa invitación y aceptación de participación mediante consentimiento informado.

Unidad de investigación: pacientes embarazadas que reciben atención medica en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 Cedral.

Límite de tiempo: realizar la investigación durante el periodo de marzo a junio del 2020.

Tamaño de la muestra: se incluirán a todas las embarazadas del turno matutino de la UMF no. 43 de Cedral S. L. P.

Tipo de Muestreo

Consecutivo, no probabilístico, no aleatorizado hasta alcanzar el 100% de la población objetivo (excluyendo aquellos casos que no cumplan los criterios del estudio).

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adscritas de la Unidad de Medicina Familiar No. 43.
- Tener entre 15-45 años cumplidos al momento del estudio.
- Prueba inmunológica de embarazo positiva.
- Aceptación de participación mediante Consentimiento informado firmado por padre, madre o tutor legal en menores de 18 años.
- Aceptación de participación mediante Consentimiento firmado por la mujer mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedad psiquiátrica.
- Prueba inmunológica de embarazo negativa.
- Mujeres en periodo puerperal.
- Imposibilidad de llenado del instrumento de evaluación.

Criterios de eliminación

- Interrupción del embarazo antes del segundo cuestionario
- No acudir a la capacitación
- Llenado incompleto del instrumento de evaluación

VARIABLES

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorización	Escala de medición	Fuente de información
Efecto de estrategia educativa	Dependiente	Cambio significativo estadístico de carácter favorable post intervención educativa	Cambio significativo estadístico de carácter favorable post intervención educativa y medidas a través de una evaluación	Escala del 1 – 20	Proporcional Bueno 16-20 Regular 11-15 Malo 0-10	Formato de recolección de datos.
Edad	control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	De 15 a 45 años	Cuantitativa Discreta	Datos Generales del paciente
Ocupación	control	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo u oficio.	Conjunto de funciones y tareas del individuo al momento del estudio	Ama de casa. Estudiante Obrera Jornalera comerciante	Cualitativa Nominal Politómica	Datos Generales del paciente
Escolaridad	Control	Ultimo grado aprobado en el ciclo de instrucción que declare haber cursado una persona	Ultimo grado escolar aprobado por la paciente	Analfabeta Sabe leer y escribir, Primaria secundaria, preparatoria licenciatura	Cualitativa Nominal Politómica	Datos generales del paciente
Estado civil	control	Clase o condición de una persona	Clase o condición de la paciente al	Soltera Casada Unión libre	Cualitativa Nominal Politómica	Datos generales del

		en el orden social	momento del estudio	divorciada Viuda		paciente
Embarazada	Independiente	estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación del ovulo por el espermatozoid e y termina con el parto y nacimiento del niño(a)	estado fisiológico de la mujer al momento del estudio	Si /No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Datos generales del paciente
Numero de Gesta	Control	Cantidad de embarazos de una mujer en orden de aparición	Cantidad de embarazos al momento del estudio	1,2,3,4,5,6,7,8,9 10 o más.	Cuantitativa Discreta	Datos generales del paciente
Control Prenatal	independiente	conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada	conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada al momento del estudio	Si/no	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario
Ingesta de alcohol	control	Ingesta de alcohol	Ingesta de cualquier bebida alcohólica	Si/no	Cualitativa Nominal dicotómica	Cuestionario
Uso de tabaco	control	Consumo de tabaco	Fumar cigarrillo pipa o mastica tabaco	Si/no	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario
Ingesta de medicamentos	control	Ingesta de medicamentos de venta libre	Ingesta de medicamentos sin prescripción medica	Si/no	Cualitativa Nominal dicotómica	Cuestionario
Presión arterial alta	control	Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias por encima de los valores normales	Fuerza ejercida por la sangre medida esfigmomanó metro por arriba de 140 /80	Si/no	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario
Preparación Psicoprofiláctica	control	Preparación física y emocional de la madre para fomentar el parto vaginal	Preparación física y emocional de la madre para fomentar el parto	Si/no	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario

La clasificación de las respuestas de la encuesta se agrupó de la siguiente manera:

Bueno: 16-20 pts. Cuando identifica y reconoce el tema con mayor facilidad.

Regular: 11-15 pts. Cuando identifica y reconoce el tema con algunas dificultades.

Malo: 0-10 pts.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

La técnica que se empleó para el estudio fue la encuesta, permitió recolectar los datos del conocimiento del Control Prenatal en embarazadas mediante la aplicación del cuestionario de Vargas.

La ficha de recolección de datos, está compuesta por 4 ítems, el primero que es el consentimiento informado, segundo ítem recoge la información de las características Sociodemográficas, tercero recoge información sobre las características obstétricas, el cuarto ítem recoge información del nivel de conocimiento sobre el Control Prenatal que contara con 20 preguntas, las gestantes que contesten correctamente entre 16 a 20 preguntas se considerara nivel de conocimiento bueno, los que contestan entre 11 a 15 preguntas se considerara un nivel de conocimiento regular y los que contesten entre 0 a 10 preguntas tendrá un nivel de conocimiento malo

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Recursos Humanos

Investigador: Residente de Medicina Familiar que recolectara la información, participara en la interpretación de la misma.

Recursos Materiales:

Hojas Blancas: \$200.00 Moneda Nacional (MN)

Bolígrafo, lápices: \$ 50.00 /MN

Computadora: \$ 7000.00/MN

Impresora: 1500.00/MN

Cartucho de tinta negra y de color: \$1000.00/MN

Tabla de trabajo: \$105.00/MN

Formatos:

Hoja de recolección de datos personales

Cuestionario

Consentimiento informado

PROCEDIMIENTO

Someter el proyecto de investigación al comité de Ética e investigación en Salud de la Delegación San Luis Potosí.

Invitación a participar en estudio, explicando el trabajo de investigación y el motivo del mismo. Firma del consentimiento informado.

Aplicación de instrumentos de recolección de datos que consisten en: cuestionario de datos personales y cuestionario de conocimiento.

Al término del llenado se confirmara que los datos generales sean correctos.

Evaluación del nivel de conocimiento.

Se utilizará como técnica de enseñanza y aprendizaje una técnica expositiva, ilustrativa, ejemplificativa

Se llevara a cabo mediante un sistema de visualización. Presentación de power point duración aprox. 15 minutos-30 minutos.

Se calculará o estimara el efecto de aprendizaje post intervención del participante en dicha estrategia. Aplicando el cuestionario 15 días después de la estrategia educativa.

Emisión de resultados a las autoridades delegacionales correspondientes a fin de mejorar y apoyar el fortalecimiento de programas prioritarios encaminados a la protección de poblaciones vulnerables como lo son las embarazadas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis descriptivo de las variables, medidas de tendencia central y análisis demográfico. Posteriormente se analizarán los datos con la prueba estadística de T-student para variables paramétricas y de Wilcoxon para no paramétricas. Se tomarán valores significativos aquellos que presenten un valor de p menor a 0.05.

Factibilidad: Este estudio es factible dado que se cuenta con todos los elementos para la realización del mismo.

Instalación: Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

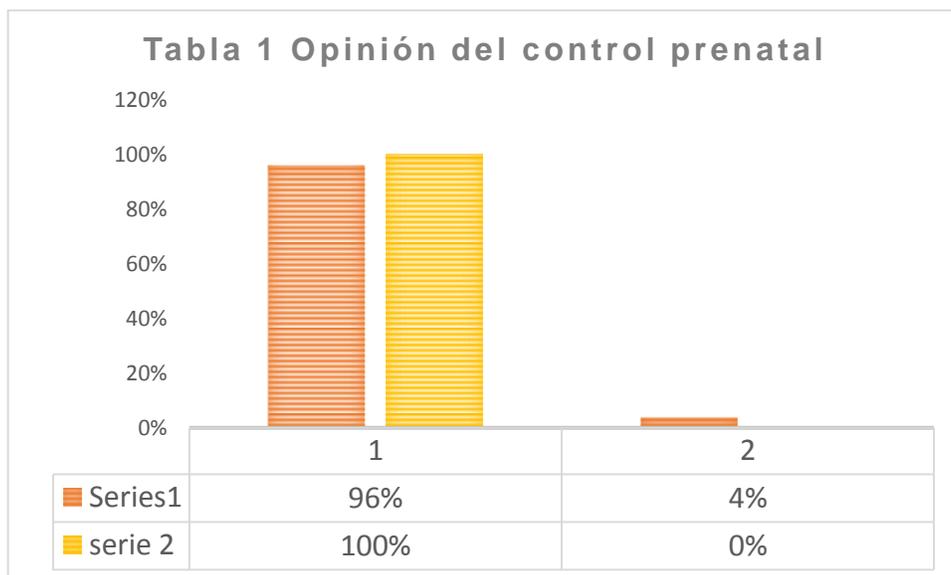
Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud (1984) y la Declaración de Helsinki.

Es en concordancia con esta última que en la presente Investigación prevalece el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar del individuo en estudio. Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal contara con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad. Todo ello de acuerdo a los artículos 20,21 fracciones I, II, IV, VI y VII con explicación clara y completa de la justificación y objetivo de la investigación, probables beneficios a obtener de la misma y garantía de respuesta en caso de duda respecto al procedimiento riesgo y/o beneficios de dicha investigación.

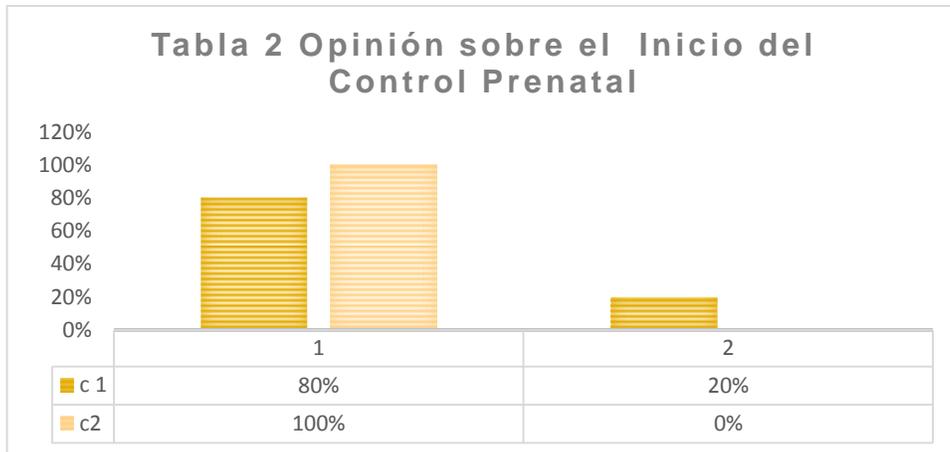
De acuerdo con la Ley General de Salud y lo propuesto en el artículo 17 relacionado al riesgo de investigación y probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Pertenece a la categoría:

Investigación de riesgo mínimo: Estudios Prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinario.

RESULTADOS



En la tabla 1 se aprecia la opinión de las encuestadas en ambos momentos respecto a la definición del control prenatal.



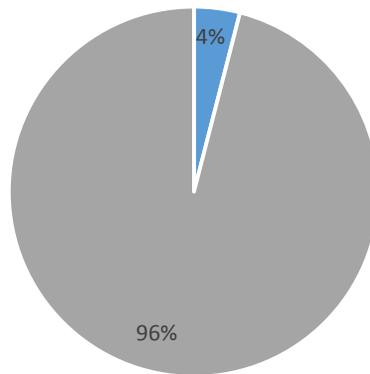
En la tabla 2 se observa un cambio con respecto al momento de iniciar el control prenatal

GRÁFICOS



En la gráfica 1 Hubo uniformidad de las respuestas de las pacientes en ambos cuestionarios con respecto al objetivo del control prenatal por parte del equipo de salud.

Gráfica 2 Pérdida de tiempo en el control prenatal



En la pregunta 4 también se aprecia uniformidad de las respuestas en los 2 cuestionarios.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la mayoría de las gestantes tienen una edad de 20 a 34 años, lo que es muy importante en Obstetricia pues a esta edad se tiene un desarrollo adecuado para la gestación en comparación con las madres menores de 20 años de edad cuya madurez física aún no se ha completado.

Aproximadamente el 90% de las madres primigestas tienen un buen nivel de conocimiento sobre el control prenatal, tendencia mas alta que observada en el estudio de VARGAS donde el 58% de las madres encuestadas tuvo un buen conocimiento del control prenatal, 27% tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 15% tuvieron un nivel de conocimiento malo VALADEZ donde el 68% de las mujeres encuestadas tuvieron satisfactorio nivel de conocimiento sobre control prenatal; TEJO y Col reporta que 73% tiene un conocimiento aceptable sobre control prenatal; mientras que en el estudio de AGUILAR se produjo un incremento hasta 92% debido a una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre el control prenatal, vale la pena reconocer que los estudios

obtenidos fueron realizadas poblaciones diferentes, entre los 20 y 25 años, además cuentan con ingresos económicos diferentes, un grupo poblacional de menor porcentaje fue el estudio de MIRANDA y col aquí se evidencia un conocimiento medio sobre el control prenatal.

El riesgo en el consumo alcohol, tabaco, la automedicación por su cuenta o por el farmacéutico, los signos y síntomas del embarazo, la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo son puntos que deben fortalecerse ya que con ello mejoran las condiciones del binomio madre-hijo(a).

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales; 2011. Disponible en : http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
2. <https://www.unicef.org/lac/media/lac/media/1481/file/PDF%20Buenas%20practicas%20en%20supervivencia%20y%20desarrollo%20infantl.pdf>.
3. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Volumen 44, Numero 1(2018) Editorial La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de la salud.
4. Álvarez M, Hinojosa MC, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2011; 49(3):420-33.
5. Verde María, Varela Lucia, Episcopo Cecilia, et.al. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. Rev. Med. Urug. vol. 28no. 2 Montevideo julio 2012.
6. Ponce J, Melgarejo E, Rodríguez Y, Guibovich D. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Áncash, Peru.2009-2010.Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades Del Sur de Ecuador y Norte del Perú. Cuenca 10 y 11 de octubre de 2012.Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana; 2012mortalidad perinatal en gestantes en Colombia. Nutr. Hosp.2015;32(3) 1091-1098.
7. Flores Navarro-Pérez C, González Jiménez E. et.al. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes en Colombia. Nutr Hosp.2015; 32(3) 1091-1098.
8. Alcalá Lorente M, Navarro Rubio G. Prevención de la preclampsia con aspirina. Prog Obstet Ginecol.2016; 59:180-184.
9. Mendoza Ozuna Sergio Octavio. Causas del deficiente control prenatal. [tesis de grado. Especialidad en Medicina Familiar] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 1984.

10. Romero Sanabria Enriqueta. Causas ecológicas de inasistencia a la atención del control prenatal. [tesis de grado. Especialidad en Medicina Familiar] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 1984.
11. Torres Sánchez Manuel Ángel. Embarazo no deseado: sus implicaciones en mujeres en control prenatal de la UMF número 1 de Puebla, Puebla. [tesis de grado. Especialidad en Medicina Familiar] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 1991.
12. Aguilar Estrada Ángel. Incidencia de primera operación cesárea en mujeres embarazadas en control y sin control prenatal en el HGR con MF no. 1 de Morelia, Michoacán. [tesis de grado. Especialidad en Medicina Familiar] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 1991.
13. Hernández Leyva B. Trejo y Pérez J. et.al. Guía clínica para la atención prenatal. 2003.
14. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaría de Salud, 2009.
15. Maldonado Cisneros Maritza. Determinantes sociales de la salud relacionados al control prenatal inadecuado en mujeres derechohabientes adscritas a la UMF 9 y 15. [tesis de grado. Especialidad en Epidemiología] Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina 2015.
16. <https://www.definicionabc.com7salud/embarazo.php>
17. Moreno Ponce R, Delgado Lara A, Reyes Gutiérrez M, Manual de Atención. Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién nacido sano. Dirección General de Salud Reproductiva. SSA México.
18. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia
19. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

20. Control Prenatal con atención enfocada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica México, IMSS. Actualización 2017.
21. Rojas M. Irma et.al. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Post parto y Apoyo al tratamiento. Secretaria de Salud Publica Departamento de Salud Mental. Chile 2014.
22. American Cancer Society Los efectos del tabaco durante el embarazo o lactancia. Actualización, noviembre 2018 disponible en <https://www.google.com/amp/s/amp.cancer.org>
23. 8_-_consumo_alcohol_durante_el_embarazo.pdf
24. Aguirre Espinoza Carmen Rosa Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Facultad de Ciencias de la Salud Departamento Académico de Salud Reproductiva. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, 2012.
25. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM.2012.
26. Evolución de la Mortalidad Materna 1990-2015. Estimaciones de la OMS el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y La División de Población de las Naciones Unidas.
27. Suescún Montoya O. Lectura 1 Conceptos e indicadores básicos de la epidemiología aplicados a la inspección, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y productos farmacéuticos.
28. <https://www.unir.net/educacion/revista/noticias/estilos-de-aprendizaje>
clasificacion-sensorial-y-propuesta-de-kolb-/549201749973/
29. <https://www.significados.com/estrategia/>
30. <https://www.redalyc.org/pdf/688/68820841007.pdf>
31. [http://uaeh.edu.mx/curso/BV/docentes_estilos de aprendizaje](http://uaeh.edu.mx/curso/BV/docentes_estilos_de_aprendizaje).
32. [https://cursos.aiu.edu/Estrategias, enseñanza, aprendizaje](https://cursos.aiu.edu/Estrategias_enseñanza_aprendizaje)
33. www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html
34. Salud Materna. Subsecretaria de Prevención y Promoción a la Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Junio 2015.

35. Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México (ECP) 2015-2018.
36. Control Prenatal con atención enfocada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica México, IMSS. Actualización 2017.
37. Gómez-De la Rosa F, Marrugo-Arnedo CA, Florez-Tanus A, López-Pájaro K, Mazenett-Granados E, Orozco-Africano J, Alvis-Guzmán N. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. Salud Pública Mex. 2017; 59:176-182.

ANEXOS

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fase conceptual	Mar 2019	Abr/may 2019	Jun 2019	Jul/oct 2019	Mar- jun 2020	Jun 2020	Sep 2020
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de Bibliografía							
Definición de Marco Teórico							
Formulación de Hipótesis							
Diseño y Planeación							
Selección de diseño							
Identificación de población de estudio							
Especificación de métodos para medir variables							
Terminación y revisión del plan de investigación							
Fase empírica							
Recolección de datos							
Preparación de datos para el análisis							
Fase analítica							
Análisis de datos							
Interpretación de resultados							
Fase de difusión							

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Efecto de una estrategia educativa en relación al control prenatal en embarazadas de 15 a 45 años en la UMF 43
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 43 Instituto Mexicano del Seguro Social Cedral, San Luis Potosí en el período comprendido de marzo a junio del 2020
Número de registro institucional:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el efecto de una estrategia educativa en embarazadas con respecto al control prenatal y aportar información para mejorar las medidas preventivas y la importancia del control prenatal en el primer nivel de atención mejorando la calidad vida de la embarazada y el recién nacido.
Procedimientos:	Autorización y firma del presente consentimiento informado, llenado de hoja de Datos generales, aplicación del cuestionario para determinar nivel de conocimiento previo se dará sesión informativa con segunda aplicación del cuestionario 15 días posteriores a la primera
Posibles riesgos y molestias:	Al ser un estudio de bajo riesgo, intervención mínima, no se esperan complicaciones que puedan comprometer la salud o integridad de las participantes.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ayudar en la producción de evidencia científica .Su participación aporta información dentro del ámbito de la salud preventiva y detección oportuna así mismo es de manera voluntaria sin retribución económica ni en especie.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados solo serán utilizados para el desarrollo del protocolo de estudio, teniendo acceso a la información el personal involucrado en el desarrollo del mismo
Participación o retiro:	Puede retirar su participación en cualquier etapa del estudio sin ninguna penalización. Al autorizar el presente consentimiento el participante se compromete a dar información veraz para el estudio y participación activa en cuanto a toma de sesión informativa.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida en el estudio es meramente académica sin exponerla más allá de las personas relacionadas con el estudio. Manteniendo en todo momento la confidencialidad de la persona y de la información proporcionada. Los registros de identificación de la persona no se harán del conocimiento público. Cuando los resultados se publiquen la identidad de la persona se mantendrá confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Ortiz Ortiz Magaly maoo_mk@yahoo.com.mx
Colaboradores: Dra. Barbosa Rojas Julieta correo Julieta.barbosa@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

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

3. Ficha de recolección de datos generales

Afiliación	
Edad	
Ocupación	
Escolaridad	
Estado civil	
Embarazo	
Número de gesta	
Control prenatal	
Ingesta de medicamentos sin prescripción medica	
Ingesta de alcohol	
Consumo de tabaco	
Presión arterial	
Orientación Psicoprofilactica	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No. 43 CEDRAL
CONTROL PRENATAL**

4. PROGRAMA ACADÉMICO

TEMA	CONTROL PRENATAL
------	------------------

UNIDAD DE CONTENIDO	SUBTEMAS	ESTRATEGIAS		EVALUACIÓN
		ENSEÑANZA	APRENDIZAJE	
I	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión en el embarazo Diabetes gestacional Parto prematuro Infección de vías urinarias Cervicovaginitis 	Expositiva Ejemplificaciones e ilustraciones	Hacer partícipes a los asistentes al curso por medio de preguntas continuas, e ir despejando dudas. Se reforzara la comprensión de la información con ejemplificaciones sobre el problema de salud	<p>Recabar consentimientos informados que se guardaran en el portafolio de evidencias.</p> <p>Recabar evaluación inicial diagnóstica</p> <p>Evaluación final posterior a la sesión académica, se realizará a los 15 días después de haber tomado la sesión académica.</p>
DURACIÓN	1marzo al 30 de junio	HORAS CON DOCENTE		15 -30 MINUTOS por cada embarazada

OBJETIVO
AL FINALIZAR LA SESIÓN ACADÉMICA LA (S) EMBARAZADA SERA CAPAZ DE IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO PARA RECONOCER DATOS DE ALARMA Y SER IDENTIFICADOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL CON LA FINALIDAD DE DETECTAR EN FORMA OPORTUNA COMPLICACIONES QUE AFECTAN LA SALUD MATERNO-FETAL.

1. ¿Ud. Cree que el control prenatal es un conjunto de actividades que se le realizan a las embarazadas?		
2. ¿Ud. Cree que el objetivo principal del control prenatal es promover hábitos de vida saludable durante el embarazo?		
3.¿Ud. Cree que el control prenatal debe realizarse lo más pronto posible		
4. ¿Ud. cree que los controles pre natales son una pérdida de tiempo?		
5. ¿Ud. cree que si la gestante tiene muchas molestias debe interrumpir su embarazo?		
6.¿Ud cree que cuando una mujer se entera de su embarazo debe iniciar de inmediato su control prenatal		
7. ¿La gestante debe acudir un establecimiento de Salud si presenta sangrado vaginal?		
8. ¿Ud. Cree que toda mujer embarazada debe recibir preparación Psicoprofiláctica?		
9. ¿Ud. Cree que los medicamentos hacen daño durante el embarazo?		
10. Considera Ud. ¿Que el embarazo es la etapa más importante en la vida de una mujer?		
11. Considera Ud. ¿Que el embarazo será una dificultad en su vida cotidiana?		
12. ¿Se podrá consumir alcohol o tabaco en el embarazo?		
13. ¿El incremento repentino de peso es un signo normal durante la gestación?		
14. Si la gestante presenta edema de manos, pies y/o cara ¿es sinónimo de señal de alarma?		
15.¿Ud. Cree que si la gestante tiene fiebre, dolor o infección puede tomar las pastillas que el farmacéutico le dé?		
16. ¿Es importante la consulta prenatal para la salud de la madre y del feto?		
17. ¿Ud. Cree que la embarazada debe acudir entre el primer y tercer mes de embarazo a la primera consulta de control prenatal?		
18. ¿Ud. Cree que el control prenatal con más de 6 consultas es el adecuado para una embarazada?		
19. ¿Puede afectar la diabetes en el embarazo?		
20. ¿Puede afectar la presión alta en el embarazo?		

