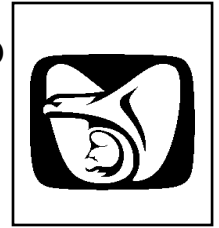




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA #43

GOMEZ PALACIO, DURANGO

**MANEJO DEL CONTROL PRENATAL EN LA UMF 30 DE
BERMEJILLO DGO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SANDRA ISABEL ACOSTA DE LEON

GOMEZ PALACIO, DURANGO, 2017



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MANEJO DEL CONTROL PRENATAL EN LA UMF 30 DE
BERMEJILLO DGO**

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. MARIA DEL SOCORRO DURAN MARISCAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 43 (ASESOR DEL TEMA DE TESIS)
GOMEZ PALACIO DURANGO

DR. LUIS FERNANDO TORRES CENICEROS
COORDINADOR DE EDUCACION DE INVESTIGACION EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43.
(ASESOR METODOLÓGICO)

DRA. MYRNA BERENICE LEÓN LÓPEZ
DIRECTORA DE LA UMF No. 43 GOMEZ PALACIO DGO.

GOMEZ PALACIO DURANGO, OCTUBRE 2017

**MANEJO DEL CONTROL PRENATAL EN LA UMF 30 DE
BERMEJILLO DGO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SANDRA ISABEL ACOSTA DE LEON

A U T O R I Z A C I O N E S

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

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE

HOJA SIRELCIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.- Gracias por las metas alcanzadas y los sueños logrados. Por haberme otorgado una familia maravillosa, a todos ellos dedico el presente trabajo por que han fomentado en mi el deseo de superación y triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a este logro. Querido Dios ahora yo quiero tomarme un minuto no para pedirte algo si no simplemente para decirte gracias por todo lo que hoy tengo.

A MIS PADRES ARMANDO Y ALEJANDRA. - A quienes me formaron con fé y amor y que a lo largo de mi vida me guiaron siempre por el buen camino, brindándome su apoyo, sus consejos, y en los momentos difíciles me alentaron a seguir adelante llegando a realizar una de mis grandes metas: mi carrera profesional, la herencia mas valiosa que pudiera recibir, ahora al haber concluido una etapa importante de mi vida, doy gracias a Dios por que juntos vemos realizado lo que hace poco fuera un sueño, mil gracias por el apoyo brindado. “Quisiera viajar al pasado, y no para evitar algunos errores, solo quiero abrazar a alguien que ya no está (Mi Padre) “

A MI ESPOSO UBALDO.-Por que es un hombre maravilloso que ayuda a balancear mi mundo, que no es perfecto, pero que intenta serlo para mi, que trabaja duro y haría cualquier cosa por mi, me hace reír, ha llorado conmigo, es mi mejor amigo, aquel con quien quiero envejecer y agradezco a Dios por tenerlo a mi lado. Hombres así hay pocos en este mundo, y uno de ellos esta conmigo. Gracias Amor todo tu apoyo.

A MIS HIJOS ARMANDO, SARAH, SANDRA .- Que me han abrazado, se han colgado de mis piernas, me han visto caída, agotada y me han ayudado a hacerme fuerte nuevamente, a veces me han vuelto loca, mas aun de lo que soy. Pero ustedes mis hijos son un regalo de Dios y para siempre serán mi gran “ tesoro “ soy mamá “, ese es mi titulo mas importante en la vida.... Son lo mas grande que la vida pudo darme, hijos gracias por su comprensión y apoyo los amo!!!

A MIS HERMANOS CLAUDIA Y ALEJANDRO.- Por que tengo la dicha de poder decir que hay a mi lado gente maravillosa que me apoya, sin yo decir una sola palabra por eso y mas, hermanos, mil gracias.

A MIS AMIGAS DULCE, KLAUDY, PERLITA.- Gracias por todos los momentos que hemos compartido, momentos llenos de sentimientos, sueños, anhelos, secretos, risas y lagrimas, por que lo mejor de la vida es cuando encontramos personas que saben hacer de pequeños instantes, grandes momentos. Mil gracias por su compañía.

A TODOS MIS MAESTROS.- Dejo constancia de mi agradecimiento (Dr. Torres, Dra. Durán, a todos los adscritos) por su labor en la formación de profesionales en el campo de la salud, por darnos la oportunidad de avanzar, por su orientación y profesionalismo, que ha permitido la materialización de este proyecto. A todos aquellos quienes supieron apoyarme, a mis padres, hermanos, esposo, hijos, maestros, que por su comprensión y ayuda lograron que cumpliera este propósito

A TODOS MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO !!!

1. TÍTULO

Manejo del control prenatal en la U.M.F. No. 30 Bermejillo, Durango.

2. ÍNDICE

1. TÍTULO.....	1
2. ÍNDICE	1
3. RESUMEN	2
4. MARCO TEÓRICO.....	3
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
6. JUSTIFICACIÓN	17
7. OBJETIVOS	18
8. HIPÓTESIS	18
9. MATERIAL Y MÉTODOS	18
9.1 LUGAR	18
9.2 UNIVERSO	18
9.3 TIEMPO	18
9.4 TIPO DE ESTUDIO.....	18
9.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	19
9.6 TAMAÑO DE MUESTRA	19
9.7 TIPO DE MUESTREO	19
9.8 VARIABLES.....	20
9.9 PROCEDIMIENTOS	23
9.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	24
11. RESULTADOS	27
12. DISCUSION	30
13. CONCLUSIONES.....	37
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
15. ANEXOS.	40

3. RESUMEN

Título. Manejo del control prenatal en la U.M.F. No. 30 Bermejillo, Durango.

Introducción. La medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar haciendo importante la vigilancia prenatal, pues su función es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos. La atención prenatal puede prevenir el nacimiento de productos con daños severos, que afectan a su núcleo familiar durante toda su vida. **Objetivo:** Identificar el manejo del control prenatal en la U.M.F. No. 30 de Bermejillo Durango. **Material y métodos:** Se utilizaron expedientes de mujeres en control prenatal durante el 2015. Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. Y se realizó en 74 expedientes de pacientes que llevaron control prenatal en la U.M.F. # 30 durante el año 2015. El muestreo no fue necesario, ya que se incluyó a todo el universo. Se utilizó una lista de cotejo con 2 apartados, el primero de datos generales y el segundo los aspectos respecto a la Guía de Práctica Clínica sobre el Control Prenatal, la cual consta de 9 reactivos. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva y el programa SPSS versión 15. Se usaron las instalaciones de la U.M.F. # 30. Material autofinanciado por el investigador. **Resultados:** Participaron 74 embarazadas cuyo inicio del control prenatal tuvo una mediana de 12 (5-39) semanas. Se realizaron hasta un 93.2% de solicitudes de BHC, QS, EGO, GPO Y RH, VDRL, VIH. El 100% de las pacientes no se enviaron a estomatología y trabajo social. La mediana para ginecología de 32 semanas y la mediana para materno infantil de 33.5 semanas. **Conclusiones:** La atención del embarazo en la UMF # 30 se considera bueno, sin embargo hay aspectos que aún son susceptibles de mejora. Es importante buscar estrategias para mejorar la calidad de la atención. Se sugiere dar continuidad a este tipo de estudios.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 INTRODUCCIÓN

En 1979, en los Estados Unidos de Norteamérica, el 75% de las mujeres embarazadas comenzaban su control prenatal durante el primer trimestre de la gestación, con un promedio de 12 controles prenatales. (Muñoz et al 1999).

La media de consultas efectuadas en 1989 por mujeres que recibieron algún tipo de cuidado prenatal fue de doce. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal tardía, comenzada en el tercer trimestre, o ningún cuidado, se ha mantenido en 6% desde 1983. En 1993, 98% de todas las mujeres recibió algún tipo de atención prenatal. El objetivo del United States Public Health Service para 2000 es que por lo menos 90% de las mujeres estadounidenses inicie los cuidados prenatales en el primer trimestre.

En México el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes en 1924 presentó a la Academia Nacional de Medicina el tema "La mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios. Animado por los resultados de su trabajo presentó la propuesta de creación del Servicio de Higiene Infantil, la cual fue aceptada en 1929. Él es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne en los programas de higiene pública.

En 1925 los doctores Rafael Reygadas y Atanasio Garza Ríos empezaron a realizar los partos en los hospitales más que en los domicilios, y se empezó a consultar más literatura norteamericana que francesa, que era la que había predominado hasta entonces. Posteriormente continuó la atención incorporando más acciones a realizar durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio del médico. (Alfaro, 2006).

El control prenatal es una de las actividades fundamentales en medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud, es una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención longitudinal y continua del paciente y la familia. (Vázquez 2005).

La Norma Oficial Mexicana, Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, surge con la finalidad de favorecer el desarrollo normal en cada una de las etapas del proceso gestacional, mediante la aplicación de procedimientos normados para su atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas. (NOM-007-SSA2-1993)

En México seis de cada diez partos son atendidos en instituciones del sector público. La atención prenatal ofrece la posibilidad de reducir la morbimortalidad materna y perinatal, permite establecer oportunamente acciones preventivas y terapéuticas al identificar factores de riesgo durante el embarazo. Impacta en la prevención del síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, del bajo peso al nacimiento, de la prematurez y en la disminución de costos en la atención de cuidados intensivos neonatales. (Villarreal, 2007).

La falta de control prenatal o de acceso al mismo, su elevado costo o su escasa calidad, son elementos determinantes en la aparición de factores como preeclampsia, hemorragias, infecciones y abortos, que están directamente relacionados con la muerte materna. La muerte materna altera el desarrollo y el bienestar social, y es la causa de que cada año haya un millón de niños huérfanos de madre en los países en vías de desarrollo. Esos niños tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás. En los países en vías de desarrollo más de 300 millones de mujeres padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o el parto y cada año mueren 529,000 mujeres, es decir una muerte cada minuto, además, por cada mujer que muere, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades. (Moreno, 2008).

En el Hospital General Regional de México, analizaron 407 expedientes completos de la madre y del recién nacido, y observaron que 47.6 % de las madres tenía menos de cinco consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo; La mortalidad neonatal sólo se presentó en 5.9 % de los casos (siete fallecimientos) y la proporción fue similar tanto para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada. (Sánchez, 2005).

En la última década —contrariamente a lo esperado, dado el notable incremento en la cobertura de los servicios prenatales y maternos— la mortalidad materna alcanzó cifras de 5.2 por 10 000 nacidos vivos registrados (NVR), como promedio anual, y se concentró en las regiones más pobres del país, en donde ocurrieron 70% de las muertes maternas. Al iniciar el siglo XXI los municipios indígenas todavía han presentado tasas de mortalidad materna de hasta 28 por 10,000 NVR, es decir, cuatro veces más altas que el promedio nacional. Aunque, en promedio, 7 de cada 10 partos se atienden en las instituciones de salud del país, en 2001 esta cifra llegó a ser en algunas zonas indígenas de apenas 2 por cada 10 partos. (S.S. 2006).

Según el INEGI, en México durante el 2004 se registraron 1,268 muertes durante el embarazo, parto y puerperio, lo que representa la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 34 años después de los tumores malignos y accidentes.

La tasa promedio de mortalidad materna a nivel nacional, de 1993 al 2003, fue de 49.8 por cien mil nacidos vivos, y durante el mismo periodo, en el Estado de México fue de 66.2. (Moreno, 2008).

4.2. Definición

- El Control Prenatal es el 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. (Barrios, 2007)
- El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia

y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término. (Reyes,1998).

- La Asociación de médicos del hospital de ginecología y obstetricia # 3 del IMSS, (1998) definen que el control prenatal es el procedimiento clínico y paraclínico, así como educacional mediante el cual, se busca evitar al mayor grado posible la afección de la madre y el producto por cualquier proceso fisiopatológico.

- Control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto, durante la gestación y, posteriormente, una optima atención del parto.

De igual forma, cuando existe adherencia al control prenatal, se puede detectar y tratar oportunamente las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno fetal, a continuación se describen algunas de las más importantes (Sánchez, 2007):

1. Hipertensión arterial.
2. Diabetes gestacional.
3. Anemia.
4. Sobrepeso y obesidad.
5. Infección de vías urinarias.
6. Ruptura prematura de membranas.
7. Cervicovaginitis.
8. Parto pretérmino.
9. Depresión psicológica.

El control prenatal tiene los siguientes componentes, y acciones básicas que incluyen :

- La identificación del riesgo.

- Prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación.
- La educación y promoción de la salud.

Los objetivos generales del control prenatal son (Oyarzun, 2000):

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

4.3 Características del control prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno-fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico o Continuo: La frecuencia de los controles pre-natales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta días hasta el 7mo. Y 8vo.mes y luego cada quince días hasta el término del embarazo; en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten. (Muñoz et al. 2000)

c) Completo o Integral: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

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

Contenido de las Consultas Prenatales (Reyes, 1998):

- Definir el riesgo
- Evaluar la evolución del embarazo.
- Planificar la solicitud de estudios complementarios.
- Rastrear y tratar las patologías encontradas.
- Realizar consejería:
 - Organizar vacunación.
 - Programar asistencia odontológica.
 - Promover la participación en grupos de preparación para el parto.
 - Promover la lactancia materna.

4.4 Consultas prenatales.

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro Controles Prenatales (CPN). El Ministerio de Salud considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera (Arispe, 2011):

Dos antes de las 22 semanas.

El tercero entre la 22 y 24.

El cuarto entre la 27 a 29.

El quinto entre la 33 y 35

El sexto entre la 37 y la última semana de gestación

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. NOM-007-SSA2-1993

PRIMER CONSULTA PRENATAL.- se realiza en el primer trimestre

ACCIONES.- Interrogatorio y anamnesis extenso, indicacion de primeros analisis de laboratorio como VDRL, VIH, GPO SANGUINEO Y FACTOR RH, EGO, HEPATITIS B Y C, GLUCOSA.

SEGUNDA CONSULTA PRENATAL.- se realiza entre la 22 y 24 semanas de gestacion.

ACCIONES.- Se realiza exploracion fisica que nos indique una valoracion normal del embarazo y detectar signos de alarma, se valora peso materno, presion arterial, maniobras de leopold, medicion de altura del fondo uterino, auscultacion del foco fetal, revision de exámenes de laboratorio, se valora riesgo perinatal, se administra la primera dosis de toxoide tetanico, con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y las 30 semanas, si la paciente hubiera recibido dosis previas, solo se indica una dosis de refuerzo a las 25 semanas.

5. Programa y registra la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29sdg. (Rivera 2008)

TERCERA CONSULTA PRENATAL.- se realiza entre la 27 y 29 semana de gestacion, se incluyen las actividades de la segunda visita y se corrobora fecha probable de parto.

ACCIONES.- Detectar, posición, presentación, situación y movimientos fetales, administración de hierro, actividades de promoción a la salud, refuerzo de signos de alarma, administración de segunda dosis de toxoide tetánico, detectar signos de alarma, valorar riesgo perinatal.

CUARTA CONSULTA PRENATAL.- La cuarta consulta se deberá efectuar entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo.

ACCIONES: Corroborar la fecha probable de parto, valorar el peso materno, valorar la presión arterial, realizar las Maniobras de Leopold, medir la altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, valorar movimientos fetales, revisar exámenes de laboratorio, Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma, valorar el riesgo perinatal, continuar administrando hierro, Continuar con actividades de Promoción a la salud, enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto. (Rivera, 2008)

QUINTA CONSULTA PRENATAL

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semanas y dependiendo de la valoración del riesgo.

ACCIONES: Corroborar la fecha probable de parto, valorar el peso materno, la presión arterial, realizar las Maniobras de Leopold, ubicar la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación, ya que se acerca la fecha probable de parto, Medir la altura uterina, valorar la frecuencia cardíaca fetal, y los movimientos fetales, valorar la pelvis (pelvimetría clínica), Revisar los resultados de la Biometría Hemática y Examen General de Orina, se investiga la presencia de signos y síntomas de alarma, valorar el riesgo perinatal.

Acciones y Procedimientos Periódicos:

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contra referencia institucional. NOM-007-SSA2-1993.

Examen Físico

En todas las visitas se deberá consignar:

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

2. **Tensión Arterial (TA):** Se debe tomar la TA en cada consulta. Esta debe realizarse al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. Esta maniobra se realiza para la detección precoz de hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas ocasiones puede llevar al desencadenamiento de Pre-eclampsia. El diagnóstico y tratamiento de este problema de salud aporta claros y contundentes beneficios.

3. **Altura Uterina (AU):** Se debe registrar la AU en cada consulta a partir de la semana 12, dado que previo a esto el útero es intrapélvico. Idealmente debe ser

tomada por el mismo operador, consignándola en un gráfico de acuerdo a la edad gestacional. Si la fecha de última menstruación (FUM) es confiable, la medición de la AU tiene un 90% de especificidad y casi un 85% de sensibilidad para el diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) cuando es tomada por el mismo observador en consultas sucesivas. A su vez aporta información diagnóstica en la evaluación de la discordancia entre la edad gestacional (EG) y la AU en el embarazo gemelar, polihidramnios y macrosomía fetal.

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

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

5. Movimientos Fetales: En los primeros embarazos las mujeres los perciben alrededor de la semana 20 y en multíparas a partir de la semana 16.

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

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

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

8. Edad Gestacional: Consignar en cada encuentro. NOM-007-SSA2-1993.

4.5 Estudios complementarios.

Antes de la semana 13 se deben solicitar:

1. Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo)
2. Hemograma
3. VDRL
4. Serología para VIH
5. Uroanálisis (y urocultivo de acuerdo a las necesidades particulares de la gestante)
6. Ecografía (tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.)
7. Glucemia en ayunas
8. Monitoreo Fetal: Consiste en el registro en forma gráfica de la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas, nos aporta datos acerca de la condición fetal inmediata. A menos que surja evidencia que demuestre lo contrario, su uso debe ser restringido a situaciones en las que se sospeche hipoxia fetal aguda y en ocasiones para realizar monitoreo fetal intraparto. Alteraciones en el curso normal del embarazo pueden requerir como método complementario de diagnóstico, monitorizaciones adicionales.

Hasta el momento no hay información que permita inferir que el uso en forma rutinaria del monitoreo fetal este asociado a mejores resultados durante el control prenatal. (Díaz, 2009).

4.6 Quimioprofilaxis.

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

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

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

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

Suplementación con calcio una adecuada ingesta de calcio diaria (1 gramo/día) produce una reducción en el riesgo de tensión arterial elevada durante el embarazo y una substancial disminución del riesgo en mujeres con factores de

riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial durante el embarazo. (Diaz, 2009).

4.8 Medicamentos.

Se deben prescribir fármacos que han demostrado ser seguros en el embarazo, dar beneficio a la madre sin perjuicio al feto. Existe la creencia que las terapias alternativas son naturales y por lo tanto no causan daño al binomio madre feto, sin embargo, la seguridad y eficacia de las terapias alternativas no se ha establecido. Una consideración fisiológica es que los fármacos pueden atravesar la barrera placentaria y también sean metabolizados y excretados por el feto.

Es conveniente la suplementación con ácido fólico en todas las mujeres antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación, para evitar defectos del tubo neural.

La causa más común de anemia a nivel mundial es la deficiencia de hierro. El rango de hemoglobina en la mujer embarazada a las 12 semanas es de 11g/dl y 10.5 g/dl de las 28 a las 30 semanas de gestación. Hay evidencia de asociación entre los niveles de hemoglobina de 8.5 g/dl a 10.5g/dl con parto prematuro y con niños con bajo peso al nacimiento. La suplementación rutinaria de hierro no ofrece beneficios en la madre con cifras de hemoglobina normales ni a su producto. El hierro se ha asociado con irritación gástrica y alteración en el tránsito intestinal.

En pacientes con déficit de ingesta de calcio y alto riesgo para desarrollar preeclampsia, la suplementación disminuye su incidencia.

Se ha observado disminución de presencia de pirosis en 80% de las pacientes con el uso de antiácidos. El uso de bloqueadores del receptor H2 como la ranitidina 1 o 2 veces al día mejoran significativamente los síntomas. (GPC 2009).

4.9 Inmunizaciones.

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

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

Otras vacunas: La vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) está contraindicada en el embarazo, pero últimos trabajos han demostrado que en mujeres vacunadas, sin anticoncepción que gestaron no se presentaron síndromes en relación a estos virus. Las indicaciones para la profilaxis de vacunación contra Hepatitis B no se encuentran alteradas por el embarazo. (Diaz, 2009).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo del control prenatal en la U.M.F. No. 30 de Bermejillo, Durango?

6. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es uno de los elementos indispensable para prevenir y en lo posible tratar, patologías propias de éste que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. En los países en vía de desarrollo la morbilidad materna puede considerarse un indicador de deficiente salud pública debido a su alta incidencia, aunado al hecho de que la implementación de programas de control prenatal ha sido en muchos casos deficientes y las visitas clínicas irregulares, lo que condiciona una mala respuesta a los cuidados maternos.

En la última década la mortalidad materna alcanzó cifras de 5.2 por 10 000 nacidos vivos registrados (NVR), como promedio anual, y se concentró en las regiones más pobres del país, en donde ocurrieron 70% de las muertes maternas. Durante el 2004 se registraron 1,268 muertes durante el embarazo, parto y puerperio, lo que representa la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 34 años después de los tumores malignos y accidentes. (Moreno, 2008)

La tasa promedio de mortalidad materna a nivel nacional, de 1993 al 2003, fue de 49.8 por cien mil nacidos vivos, y durante el mismo periodo, en el Estado de México fue de 66.2.

En nuestro medio no contamos con estudio previos que evalúen el manejo del control prenatal en la UMF 30, por lo cual, dada la relevancia de este aspecto en la morbilidad materno fetal es de alta relevancia la realización de este estudio para conocer de mejor manera dicha situación, y así poder implementar las acciones correspondientes.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Identificar el manejo del control prenatal en la U.M.F. No. 30 de Bermejillo, Durango.

7.2 Objetivo Específico

Identificar los aspectos generales de los médicos que brindaron el control prenatal.

8. HIPÓTESIS

No requiere por ser un estudio descriptivo

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 LUGAR

Unidad de Medicina Familiar No. 30 del Instituto Mexicano Del Seguro Social de Bermejillo, Durango.

9.2 UNIVERSO

Expedientes de pacientes en control prenatal durante el año 2015

9.3 TIEMPO

El presente estudio se realizó en el periodo comprendido en el mes de abril a junio del 2015.

9.4 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal.

9.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expediente clínico de las pacientes que hayan cursado su control prenatal durante el año 2015, que haya iniciado su control prenatal antes del tercer mes de embarazo.

9.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Aquellos expedientes donde se hayan derivado a segundo nivel por alguna complicación durante su embarazo

9.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Ninguno

9.6 TAMAÑO DE MUESTRA

Tamaño de la muestra 74. Es el universo de embarazadas en la UMF 30

9.7 TIPO DE MUESTREO

No necesario ya que se incluyó a todo el universo.

9.8 VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES GENERALES

VARIABLES del médico

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento.	Número de años.	Cuantitativa	Discreta
Turno	Se refiere al horario de consulta.	Matutino vespertino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Antigüedad	Periodo en años de labor como médico familiar	Numero en años	Cuantitativa	Discreta

VARIABLE MANEJO DE CONTROL PRENATAL.

Se entiende por manejo de control prenatal al Conjunto de acciones y procedimientos sistémicos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal.

Las dimensiones o aspectos que abarca el manejo del control prenatal son: Fecha de inicio del control prenatal, Número de consultas de control prenatal, Exámenes de Laboratorio, Fármacos, Inicio del tratamiento, Toxide tetánico, Indicaciones de

Signos de alarma en todas las consultas, Envío a segundo nivel de atención, Derivación a servicios, Medidas higiénico dietéticas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Fecha de inicio del control prenatal	Edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas al primer control de embarazo.	1° Trimestre <ul style="list-style-type: none"> • 0-13 semanas 2° Trimestre <ul style="list-style-type: none"> • 14-27 semanas 3° Trimestre <ul style="list-style-type: none"> • 28-42 semanas 	Cuantitativa	Discreta
Número de consultas de control prenatal	Es el número de consultas que el derechohabiente ha recibido durante su periodo de embarazo.	Se anotó sólo el número de consultas recibidas durante el periodo de embarazo.	Cuantitativa	Discreta
Exámenes de Laboratorio	Tipo y fecha en que se solicitan los exámenes de laboratorio en relación a las semanas de embarazo.	Número de semanas cumplidas a la solicitud de los estudios de laboratorio	Cuantitativa	Continua
Fármacos	Fármacos utilizados para el control prenatal	Ácido fólico Fumarato ferroso Sulfato ferroso Complejo B Calcio	Cualitativa	Nominal Policotómica

Inicio del tratamiento	Fecha en la que se comienza a administrar el medicamento	SDG a la indicación	Cuantitativa	Discreta
Toxoide tetánico	Aplicación de toxoide tetánico en el periodo de control prenatal	SDG al envío para la aplicación de profilaxis	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Indicaciones de Signos de alarma en todas las consultas	Signos o síntomas presentes en el paciente los cuales hacen pensar en alguna complicación de la patología.	Se revisará en nota medica si se indicaron 1- Si 2- No	Cualitativa	Nominal
Envío a segundo nivel de atención	Realización de formato 4-30-8 para seguimiento y tratamiento especializado por parte del servicio Ginecología.	Si se realiza o no envío 1. Sí presentó: SDG al envío 2. No presentó	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Derivación a servicios	Realización de formato 4-30-200 para el envío a servicios de EMI, Estomatología y Trabajo Social	Si se realiza o no envío, clasificarlo de acuerdo al tipo 1. Si presenta SDG al envío 2. No presenta	Cualitativa	Nominal
Medidas higiénico dietéticas	Son recomendaciones que ayudan a evitar una	Se revisará en la nota médica si se indicaron. 1. Si	Cualitativa	Nominal

	complicación en el embarazo	2. No		
--	-----------------------------	-------	--	--

9.9 PROCEDIMIENTOS

En el mes de abril a junio del 2015, en la U.M.F. No.30 del IMSS del poblado de Bermejillo, Durango; se realizó la investigación sobre el apego a las normativas del control prenatal.

Previa autorización por el Comité de Investigación, se solicitó autorización del Director de la U.M.F. No. 30 el Dr. Ubaldo Escalante Vázquez exponiéndole los fines de la investigación.

Se accedió a los expedientes electrónicos de los 3 consultorios en los dos turnos para recabar la información requerida en los 2 apartados incluidos en este protocolo. La información de los apartados fueron revisados y los datos obtenidos procedentes de los expedientes fueron vaciados a una base de datos de Excel.

9.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos de la base de Excel fueron exportados al programa SPSS versión 17 para su análisis estadístico.

Para variables cualitativas se realizaron frecuencias y porcentajes.

Para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (mediana, media) así como medidas de dispersión (desviaciones estándar, mínimas y máximas).

Las variables cuantitativas con distribución normal se describieron con la media acompañada de la desviación estándar; mientras que las variables cuantitativas con distribución no normal se describieron con mediana, acompañada de mínimos y máximos.

Las variables cualitativas se presentaron mediante tablas y/o gráficas (de barra y/o pastel).

10. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio consideró los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 48 asamblea Médica mundial en el año 2000. Así como los aspectos de normatividad de la Ley General de Salud en sus capítulos I, II y III, y los estatutos de IMSS que en materia de investigación establecen.

Titulo segundo. De los aspectos éticos de investigación en seres humanos: capítulo I, artículos 13, 14, 16 y 17.

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará los principios científicos y éticos que la justifiquen.

III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predichos.

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que refiere el artículo 114 de este reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención de salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias, competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la bioseguridad.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71 y 88 del reglamento.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

II.- De investigación en comunidades: Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.

ARTÍCULO 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento

informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

ARTICULO 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación , la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier estudio.

11. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 74 embarazadas con una edad promedio de 25.6 años. El inicio del control prenatal tuvo una mediana de 12 semanas con una mínima de 5 y una máxima de 39 semanas, y el número de consultas fue de una mediana de 8 con una mínima de 1 y una máxima de 15.

En cuanto a la edad de los médicos que atendieron a dichas pacientes la mediana fue de 51, con una mínima de 33 y una máxima de 51. Es importante la edad ya que los criterios y forma de pensar y actuar es diferente en cuanto al control prenatal.

En tanto que la antigüedad fue de una mediana de 25 años con una mínima de 6 y una máxima de 25 años. El principal turno laboral en que fueron atendidas las pacientes embarazadas por sus médicos fue en el matutino con un 63.5% (47), en tanto que el restante 36.5% (27) fue atendida en el turno vespertino.

En cuanto a la solicitud de exámenes de laboratorio, las pruebas consideradas fueron BHC(biometría hemática completa), QS(química sanguínea), EGO(examen general de orina) , GPO Y RH(grupo y factor rh) , VDRL(prueba serológica para sífilis), VIH(virus de inmunodeficiencia humana). Solo a 5 pacientes no se les realizó dicha solicitud (6.7 %). De las 69 pacientes (93.2%) que si se le realizaron exámenes, la mediana de la solicitud fue de 12 semanas. En la tabla número 1 se muestran los datos de dichas solicitudes de exámenes, en donde se observa que la semana mas temprana de solicitud fue a la semana 5 en tanto que la mas tardía fue a la semana 33.

Tabla 1. Valores de exámenes de laboratorio solicitados, durante todo el embarazo

	BHC	QS	EGO	GPOYRH	VDRL	VIH
Válidos	69	69	69	69	69	69
No realizados	5	5	5	5	5	5
Media	13.7	13.7	13.7	13.7	13.7	13.7

Mediana	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0
Desv. típ.	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7
Mínimo	5	5	5	5	5	5
Máximo	33	33	33	33	33	33

En cuanto a la indicación de los fármacos considerados fueron el ácido fólico, fumarato ferroso, sulfato ferroso, complejo b y calcio. En la tabla 2 se muestra el porcentaje de embarazadas a las cuales si se les indicaron los fármacos, llamando la atención que el ácido fólico se indicó en el 100% de los casos, en tanto que el complejo b solo se indicó a una paciente (1.3%). En la tabla 2 se muestra las medianas del tiempo de indicación en semanas SDG de dichos fármacos donde se observa que la semana mas temprana de inicio fluctuó de 5 a 6 semanas en tanto que la mas tardía hasta la semana 39 SDG.

Tabla 2. Valores de los fármacos indicados

	Ac. fólico	Fumarato ferroso	Sulfato ferroso	Complejo b	Calcio	Toxoide T.
Válidos	74 (100%)	50 (67%)	20 (27 %)	1 (1.3%)	4 (5.4%)	72 (97.2%)
Perdidos	0 (0%)	24(32.4%)	54(72.9)	73(98.6%)	70(94.5%)	2(2.7%)
Media	15.0	14.3	14.4	6.0	14.2	21.1
Mediana	12.0	12.0	11.5	6.0	13.0	20.0
Desv. típ.	8.4	7.3	9.3		5.3	4.5
Mínimo SDG	5	6	5	6	10	7
Máximo SDG	39	39	33	6	21	35

En cuanto a la indicación de toxoide tetánico esta no se realizó en dos pacientes (2.7%). La mediana de semanas de indicación del toxoide fue de 20 (tabla 2), con la indicación mas temprana a las 7 semanas siendo la mas tardía a las 35 semanas.

En cuanto a la indicación de signos de alarma esta se realizo en el 100% de las mujeres embarazadas. De igual forma las medidas higiénico-dietéticas se

indicaron en el 100% de las mujeres embarazadas. En cuanto a la derivación a diferentes servicios de apoyo como ginecología, enfermera materno infantil, estomatología y trabajo social, en la tabla 3 se muestra el porcentaje de envío a dichos servicios, llamando la atención que el 100% de las pacientes no se derivaron a estomatología y trabajo social.

En la tabla 3 se muestran las medianas del tiempo de envío a ginecología y enfermera materno infantil, siendo la mediana para ginecología de 32 semanas y la mediana para materno infantil de 33.5 semanas. En ambos servicios el tiempo mas temprano de derivación fue de 30 semanas y el mas tardío de 36 semanas.

Tabla 3. Valores de envío a diferentes servicios de apoyo

	Ginecología	Estomatología	Trabajo social	EMI
Válidos	45(60.8%)	74(100%)	74(100%)	50(67.5%)
Perdidos	29(39.1%)	0	0	24(32.4%)
Media	32.7	.0	.0	32.8
Mediana	32.0	.0	.0	33.5
Desv. típ.	1.6	.0	.0	1.6
Mínimo	30	0	0	30
Máximo	36	0	0	36

12. DISCUSION

El objetivo de nuestra investigación fue identificar el manejo del control prenatal en la UMF 30 de Bermejillo Dgo.

La salud materna es uno de los aspectos básicos que se manejan a nivel nacional y en las unidades de primer nivel, llevar un buen control prenatal es una exigencia que debe de cubrir de forma ideal todos los parámetros indicados con el fin de mejorar los resultados del binomio materno-fetal y disminuir la presencia de complicaciones.

En nuestro estudio el número de consultas prenatales tuvo un rango de 1 a 15 con una mediana de 8, lo cual se encuentra dentro de una medida aceptable ya que lo recomendado según la Norma 007 y GPC en promedio se recomiendan un mínimo de 5 consultas, este puede variar ya que depende del médico y del inicio temprano del control prenatal, debido a que entre más temprano se otorgue la consulta de control se observa que aumenta el número de consultas durante el embarazo ya que se tiene la costumbre en nuestros médicos de citar a las pacientes mensualmente independientemente del factor de riesgo.

En cuanto al inicio del control prenatal tuvo un rango de 5 a 39 con una mediana de 12 semanas, lo que indica que más de la mitad de los paciente acuden posterior a los 2 meses de embarazo, en promedio se considera un inicio tardío del control prenatal ya que la Norma Oficial Mexicana 007 y GPC recomienda el inicio del control antes de las 12 semanas de gestación, esto es debido a la falta de comunicación y concientización de la población respecto a los beneficios de llevar a cabo un control prenatal de forma temprana. Una de las causas de inicio tardío de control prenatal puede ser la la falta de conocimiento por parte de la población de la importancia que tiene iniciar un control temprano ya que esto implica que se presenten serias complicaciones tanto maternas como del producto, otra de las causas es la falta de seguridad social en la población rural ya que gran parte de la población adquiere su seguridad social al presentar un embarazo muy avanzado sin acudir a otra institución de salud para iniciar con la atención prenatal.

En cuanto a la indicación de exámenes en nuestro estudio solo a 5 pacientes no se les indico exámenes. dichas pacientes que no se solicito exámenes todas llegaron entre la semana 33 y la semana 39. En cuanto a solicitud de exámenes de laboratorio encontramos que la biometría hemática, química sanguínea y EGO fueron solicitados cerca del 93%, lo cual se apega a lo que dicen la Guía de Practica Clínica del control prenatal y la Norma Oficial Mexicana 007

Respecto a Grupo y Rh no hubo diferencia ya que se tiene un porcentaje de estudios solicitados con un 93 %, con un rango entre las 5 y 33 semanas, en estos resultados en parte intervienen algunos factores tales como un inicio de control prenatal tardío, además de que en aquellos casos en los que se lleva un embarazo subsecuente y que en el expediente de consultas previas por otros controles se haya solicitado tal estudio ya no se vuelve a solicitar, además de que un número de médicos definitivamente no lo solicito, sabemos de antemano que este estudio es de suma importancia para poder valorar posibles incompatibilidades de grupo que no prevengan para evitar problemas serios al nacimiento.

En cuanto al tiempo de solicitud de los exámenes de laboratorio encontramos que a un alto porcentaje se les solicitaron todos los exámenes, aunque en algunos casos se les indico tardíamente, en otros casos fue por el inicio de un control prenatal tardío, en aquellos casos que se cumplió el objetivo en cuanto a solicitud no resulto adecuado para el tiempo ya que un 50 % se realizó después de la semana 11, esto va de la mano con el inicio del control prenatal.

Ya que el no contar con estudios antes de las 12 semanas nos impide identificar a las mujeres embarazadas con riesgo alto de resultados adversos del embarazo tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, pre eclampsia, nefropatías, enfermedades de la colágena, así como identificar pacientes con anemia.

En cuanto a la indicación de ácido fólico se observo que en todos los casos se indica el medicamento, en parte podría ser porque algunas de nuestras paciente inician con la toma de multivitamínicos prescritos por médicos particulares y

cuando llegan a consulta generalmente ya iniciaron con el consumo del fármaco, ya que la Norma Oficial Mexicana 007 y GPC nos dice que deberá ser otorgado hasta la semana 12 y que posterior a ella no se obtiene ningún beneficio debido a que el periodo del cierre del tubo neural ya debió haber ocurrido, creemos que este último factor condicionante para otorgar el medicamento es menos habitual debido a que en la población en general y en parte de los médicos se tiene la costumbre de ser recetado hasta el término del embarazo, sabemos que es de suma importancia la indicación del mismo ya que juega un papel muy importante para la prevención de la incidencia por defectos del tubo neural, en nuestro país hay estudios que reportan una incidencia de 8 casos por cada 1,000 recién nacidos vivos, una alta incidencia que se puede prevenir.

Referente al hierro tenemos que un alto porcentaje de médicos que lo indicaron, ya sea prescribiendo Sulfato o Fumarato Ferroso, la indicación para prescribir hierro es en pacientes con niveles de hemoglobina menor a 11 g/dl, los niveles de hemoglobina van disminuyendo conforme avanza el embarazo, hemos visto que solo a 24 de nuestras paciente no se les indicó este medicamento y que hubo un rango de indicación que fue entre las 5-6 y 39 semanas de gestación, conforme a esto observamos que se está indicando de forma muy temprana y por largos periodos sin tomar en cuenta los niveles de hemoglobina, tenemos que tener en cuenta que la suplementación rutinaria de hierro no ofrece beneficios en la madre con niveles de hemoglobina normales ni a su producto además de que se asocia con efectos adversos como los son enfermedades ácido pépticas y alteraciones del tránsito intestinal de las cuales es muy comúnmente el estreñimiento.

El calcio se indicó en un 5.4%, aunque es un medicamento que la Norma Oficial Mexicana no lo considera como un requisito dentro del control prenatal, en la actualidad se está observando que cada día más médicos prescriben este medicamento con la finalidad de prevenir problemas asociados con la tensión arterial como sería la hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia, principalmente en pacientes con factores de riesgo o con antecedentes de enfermedad hipertensiva.

El complejo B al igual que el calcio no es un medicamento o suplemento que la Norma Oficial lo avale, sin embargo de igual manera se puede prescribir de acuerdo a criterio médico, en cuanto al complejo B tenemos un 1.3%% de los pacientes a los que se le indicó y que se utiliza para coadyuvar a la mejora en niveles bajos de hemoglobina que no están respondiendo de manera satisfactoria al uso de hierro solamente.

En cuanto a indicación de signos de alarma encontramos que un alto porcentaje no está plasmado en la nota, nuestros criterios para valorar si se cumplió con este requisito fue de que todas las notas de control prenatal para cada paciente lo especificaran, situación que sucedió en el 100% de los casos cumpliendo con este requisito, de ante mano sabemos que una parte importante del control prenatal es instruir a la paciente en su cuidado y atención sobre cualquier cambio que ponga en riesgo la evolución del embarazo creemos que este requisito debería implementarse dentro del expediente clínico para control prenatal con un apartado especial.

De igual manera tenemos los mismos resultados para las medidas higiénico dietéticas con un porcentaje del 100 %, este punto también es muy importante para instruir a la madre en cuanto a su alimentación para evitar trastornos digestivos, el cuidado en el aseo ya que podría prevenir infecciones de vías urinarias, este último representa un aspecto muy importante ya que un alto porcentaje de amenazas de aborto se relacionan con esta patología, los criterios para valorar este punto fue que debería plasmarse en el 100% de las notas de cada expediente igual que los signos de alarma.

En cuanto a la aplicación del Toxoide Tetánico tenemos un porcentaje bastante aceptable plasmado en las notas medicas con un 97.2% de los expedientes evaluados, la Norma Oficial Mexicana 007 Y GPC nos dice que a las pacientes sin esquema de Toxoide debería empezar con la 1ra dosis en la semana 24 con una segunda dosis no menor a 4 semanas posteriores a la primera, en pacientes con esquema completo se puede aplicar un refuerzo a la semana 28, con esto tenemos que la aplicación del toxoide que se plasma en los expedientes

evaluados están fuera del tiempo que determina la Norma Oficial Mexicana Y GPC ya que tenemos resultados con una media de 21.1% y un rango de 7 a 35 semanas, por otro lado la falta del reporte de aplicación está ligado a que esté se realiza por parte del servicio de medicina preventiva y que el medico señala que se envía a dicho servicio sin corroborar en el expediente la aplicación del toxoide.

Las derivaciones a los distintos servicios son bajas respecto a lo ideal, para los servicios de EMI, Estomatología, Trabajo Social y Medicina preventiva tenemos una mediana de 32.8 %, un resultado aceptable en cuanto a las semanas que se envió a dichos servicios, no así para el porcentaje ya que estuvieron entre el 20 y 44%, estos servicios deberían de tener más promoción ya que juegan un papel muy importante en la detección, control y prevención de riesgos en el embarazo.

La derivación al servicios de Ginecología y EMI se obtuvo un porcentaje de envío del 60.8% y 67.5 % respectivamente porcentaje elevado pero no lo suficiente, la guía de práctica clínica nos señala que a toda paciente que cursa con un embarazo normo evolutivo deberá ser enviada a dichos servicios antes de la semana 34, conforme a este último punto en nuestros resultados tenemos una media de 32.7% lo cual está dentro de lo indicado. Aun que el porcentaje es bueno es insuficiente respecto a lo ideal que debería ser al 100%, en cuanto a la realización de envíos oportunos se toma en cuenta la tardanza que existe en los servicios de estudios de laboratorio y gabinete lo cual se encuentran con un diferimiento de hasta 3 meses lo que ocasiona la mayoría de las veces los envíos en semanas muy avanzadas del embarazo a dichos servicios de apoyo.

En cuanto a las acciones de control prenatal realizadas por los médicos en algunos casos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en específico de acuerdo al turno, a la edad, a la antigüedad, al número de consultas y al inicio del control prenatal. Lo anterior nos puede indicar que es necesario estandarizar los manejos de criterios en ambos turnos ya que la Norma Oficial Mexicana y GPC nos indica de los criterios a realizar.

En cuanto a la derivación al servicio en nuestro estudio no fueron derivadas a estomatología y trabajo social el 100% de las pacientes, esto se complica ya que en las clínicas de campo no se cuenta con estos servicios y se tiene que derivar a clínicas de apoyo donde las citas se encuentran muy diferidas, es importante enviar a las pacientes al servicio de estomatología ya que se ha detectado que existe asociación entre las enfermedades periodontales con los nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer ya que la enfermedad periodontal estimula el incremento de los niveles de fluidos biológicos que inducen al trabajo de parto, es importante también incrementar el número de personal para lograr atender en lo más posible la demanda de dicho servicio. En cuanto a servicio de trabajo social, es importante que exista más apoyo por parte de clínicas de segundo nivel en cuanto a la incrementación de citas ya que generalmente no se otorgan citas para dicho servicio, es importante que exista la atención para pacientes de clínicas periféricas por que es un servicio que interactúa con la realidad mediante el acercamiento directo del ser humano, a fin de contribuir con el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida, ya que su objetivo principal es la problemática social.

En un estudio realizado, se evidenció que, de las embarazadas atendidas, el 93,4% había iniciado control prenatal hasta 17 semanas de gestación en las unidades de segundo nivel, mientras que en las unidades de medicina familiar las consultas fueron más frecuentes. (Costa AM, Guilehem D, 2005)

Se realizó un estudio en la UMF # 75 de Nezahualcóyotl Estado de México, se evaluó la aptitud clínica en médicos familiares apegada a las GPC en primer nivel de atención nos permite tener una visión respecto al proceso del ejercicio clínico que se desempeña dentro de los consultorios del IMSS, se deben establecer estrategias en busca de la mejora de la capacitación continua del médico familiar hacia un aptitud clínica activa que d. como resultado un beneficio favorable referente al adecuado control prenatal.

En este estudio se evaluó la aptitud clínica de los médicos familiares respecto a la integración del conocimiento en primer nivel de atención y su guía de práctica clínica lo que arrojó como resultado niveles bajos en el manejo y conocimiento de las guías de práctica clínica, referentes al uso de recursos y crítica al colega y comisión y omisión iatrogénica; esta situación refleja que los médicos familiares no están realizando una práctica reflexiva e integradora. Otra es que la evaluación debe ser un camino constante, para valorar las necesidades en conocimiento y discernimiento del médico familiar en su ejercicio profesional, esto para consolidar una aptitud clínica activa que innegablemente condicionara ambientes de reflexión profunda y de aprendizajes constantes, condición única para que el médico familiar transforme su ambiente laboral y personal, dejando a un lado la mala concepción que tienen los pacientes y algunas especialidades médicas y adecuar sus conocimientos a un eficiente y manejo de control prenatal.

Los hallazgos encontrados, nos dice que en muchos aspectos del control prenatal hace falta ponerlos en práctica adecuadamente, se manejan de forma aceptable respecto a la guía de práctica clínica, sabemos que el control prenatal es de suma importancia para prevenir, diagnosticar y tratar los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Aunque muchas de las acciones evaluadas se llevan a cabo de forma correcta hace falta reincidir más para unificar criterios de evaluación, ya que hay puntos que son muy importantes dentro del control que por lo tanto es necesario llevar a cabo las medidas implementadas en este estudio para mejorar los procedimientos. Este estudio nos indica la necesidad de estandarizar más procesos ya que muchas medidas no se realizan en el porcentaje ideal. (Abreu L. 2005)

Se realizó un estudio de atención prenatal en la UMF 73 de Poza Rica Veracruz, donde se considera como indicador predictivo muy importante la prevención y detección de complicaciones en el embarazo. Por ello el apego a los lineamientos establecidos nos permite determinar si es adecuada o inadecuada. (Mauricio García Fabian 2009)

13. CONCLUSIONES

1. El inicio de control prenatal fue de 5 a 39 semanas de gestación.
2. El número de consultas prenatales fue de 1 a 15.
- 3.- Las derivaciones a servicios de ginecología y Enfermera Materno Infantil en promedio se llevan a cabo en un 60% y 67 % respectivamente.
- 4.- Los signos de alarma se indican en el 100% de los casos.
- 5.- Existen diferencias en el control prenatal indicado por los médicos de acuerdo a su turno, antigüedad, edad y número de consultas.

La atención materna en el embarazo es un aspecto de alta relevancia en la atención médica de primer nivel, por lo cual es necesario vigilar la manera en que ésta se lleva a cabo, y la forma en que se cumplen todos los aspectos que señalan las guías y normas oficiales para el adecuado control prenatal.

En nuestro estudio se observa que existen aún aspectos por mejorar respecto a la atención, por lo que es importante seguir buscando las estrategias para mejorar estos aspectos, así como seguir favoreciendo la realización de estos trabajos que eleven la calidad de la atención prenatal.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu L. Investigación, práctica clínica y educación. Rev Odón Mex 2005;9(4):162-163.

Alfaro, A. N., Villaseñor, F. M., Valadez, F. I., Guzmán, S. A., González T. J. Y., (2006) Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo, Artículo de Revisión, Investigación en salud, Vol. VIII, N° 1.

Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., Rojas, J. L. (2011) Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, Revista médica Herediana, Universidad Peruana Cayetano.

Barrios, A. y Montes, N. (2007). Control Prenatal. Revista Paceaña de Medicina Familiar.

Botero, J et al, (1997) Obstetricia y Ginecología. Texto integrado. Ed. Botero Judith Henco.5 ed.

Costa AM, Guilhem D, Walter MIM. Atendimiento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;5(39):768-74.

Control prenatal con enfoque de riesgo, guía de práctica clínica 2010, catalogo maestro de guía de práctica clínica: IMSS-028-08

Díaz O. S., Girart C. J., (2008) Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal, Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, octubre-diciembre del 2008.

Faúndez A. (1992) Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE, Editores. Obstetricia: Capítulo 12. 2da ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; p. 156-167.

Mauricio García Fabián."Los determinantes de la calidad de la atención en salud: el caso del control prenatal". Coyuntura Económica, Vol. XXXIX, No. 2, segundo semestre de 2009, pp. 61-97. Fedesarrollo, Bogotá – Colombia.

Mendizábal R, Anzures L. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex. 1999;62(3):191-7.

Moreno, S. A., Bandeh M. H., Meneses, C. J., Díaz, P. M., M., Hernández, M., Mújica, H. M. González, D. J. I., Briones, G. J. C. (2008). Control prenatal en el medio rural, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Vol. 51, p188-192.

Muñoz, H., Parra, M, y Galindo, J. (1999). Cuidados fetales antenatales e intraparto. En Meneghello, J., Fanta, E., París, E. y Puga, T. (eds.), Pediatría. (pp.445-458). Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Oyarzun, E. y Poblete, J. (2000). Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido. En Tapia, J. y Ventura, P., (eds.), Manual de neonatología (pp.21-31). Chile: Editorial Mediterráneo.

Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.

Rivera, A. (2008). Control prenatal, Obstetricia I, Materiales de apoyo para el aprendizaje. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sanchez, H., Perez, G., Perez, P., Vazquez, F., (2005) Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal, Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social; 43 (5): 377-380

Sánchez, J. B., Hernández, T. M., Lartigue, B. T., (2007) Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal, Perinatología y reproducción humana, Instituto Nacional de Perinatología.

Schwarcz, R., Uranga, A. Lomuto, C., Martínez, I., Galimberti, D., García, O., Etcheverry, M. E. Queiruga, M. (2001) Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal, El cuidado prenatal.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, DF: SSA, Gobierno de la República, 2000:25-77.

Vázquez, L. E., Boschetti, F. B., Monroy, C. C., Ponce, R. R. (2005), Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México, Artículo Original, Archivos en Medicina Familiar, Vol. 7.

Villareal, R. E., Garza, E. M. E., Núñez, R. G., Rodríguez, C. Sonia., Rodríguez, L. O. (2007). Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 72(5): 298-303.

15. ANEXOS.

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Folio: _____

Nombre del médico: _____

Instrucciones: Responder cada pregunta u oración de acuerdo a lo solicitado. Subraye, circule o marque con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cuál es la edad del Medico? _____

2. ¿Turno de trabajo?

a) Matutino	<input type="checkbox"/>
b) Vespertino	<input type="checkbox"/>

3. ¿Cuál es la antigüedad del médico representada en años?

Aspectos de la Guía de Práctica Clínica para Control prenatal

1. ¿En qué fecha representada en semanas de gestación se inició el control prenatal? _____

2. ¿Número de consultas recibidas durante el periodo de embarazo?

3. Marcar con una X la casilla según corresponda al estudio solicitado y anotar las SDG a la solicitud del mismo.

Tipo de Estudio	Se solicita	SDG
BHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo y Rh		
VDRL		
VIH		

4. En el siguiente recuadro marque con una X el fármaco utilizado durante el control prenatal así como las semanas de gestación al inicio del mismo.

Tipo de fármaco	Se indico	SDG
Ácido fólico		
Fumarato ferroso		
Sulfato ferroso		
Complejo B		
Calcio		

5. Marque la casilla con una **X** si se indicó la aplicación de Toxoide Tetánico así como las semanas de gestación a la aplicación del mismo.

Vacuna	Se aplico	SDG
Toxoide Tetánico		

6. ¿Se indicaron los signos de alarma en cada visita durante el control prenatal?

a) Si	
b) No	

7. ¿Se realiza envío a segundo nivel en formato 4.30.8 para seguimiento y/o tratamiento especializado por el servicio de ginecología?

Marcar con una X si se realiza y anotar las SDG a la solicitud del mismo.

Envió	Se realiza	SDG
Ginecología		

8. ¿Se realiza envió a servicios de EMI, estomatología, Trabajo social mediante la realización de formato 4.30.200?

Marque con una **X** el envió correspondiente así como las SDG a la solicitud del mismo.

Tipo de Envió	Se realiza	SDG
EMI		
Estomatología		
Trabajo Social		

9. ¿Se indican medidas Higiénico-Dietéticas durante cada visita durante el control prenatal?

a) Si	
b) No	