

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Veracruz Sur

Jefatura de Prestaciones Médicas

Residencia de Medicina Familiar

Sede: Unidad de Medicina Familiar Número 61 de Córdoba Veracruz

Grado a Obtener: Especialidad en Medicina Familiar

TÍTULO:

**Adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal en la consulta de la
UMF 64 Córdoba Veracruz**

Autores:

*Dra. Gricel Torres Cubillas

**Dr. Mario Alberto Galicia Marín

*Médico Residente de Medicina Familiar. Sede U.M.F. No. 61. Calle 25 Av. 4 y 6 s/n,
Córdoba Ver. Tel. 2224949319. gricsly@hotmail.com

**Autor Responsable. Médico Epidemiólogo. Sede U. M. F. No. 64. Calle 22 esquina s/n
fraccionamiento San Dimas Córdoba Ver. Tel. 71-6-48-53 Ext.
mgalicia_ver@hotmail.com.mx

ÍNDICE

I Portada

II Índice

III Introducción

1. Antecedentes

2. Justificación

3. Planteamiento del problema

3.1 Pregunta problema

3.2 Hipótesis

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

4.2 Objetivos específicos

5. Material y métodos

6. Universo de estudio

7. Lugar de estudio

8. Periodo de estudio

9. Tamaño de la muestra

10. Criterios de selección de las unidades de muestreo.

10.1 Criterios de inclusión

10.2 Criterios de no inclusión

10.3 Criterios de eliminación

11. Descripción de variables

12. Procedimiento

13. Análisis estadístico

14. Consideraciones éticas del estudio

15. Recursos humanos, materiales y financieros del estudio

16. Bibliografía

1. ANTECEDENTES

La reproducción es un proceso muy importante en la vida personal y familiar, en algunos casos es fuente de satisfacción y plenitud humana, pero implica riesgos, sobre todo de las mujeres. ⁽¹⁾

En la Guía de Práctica Clínica de control Prenatal de 1998 se define al embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto a término y durante y esta guía busca mejorar la calidad de los servicios y cuidados prenatales además de lograr que las mujeres embarazadas hagan uso óptimo y regular de los servicios de salud. ^(1,2)

Incluso encontramos en la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 07-SSA2-1993) la importancia que tiene el control prenatal el cual comprende todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los todos factores que pueden condicionar mortalidad materna y perinatal. ⁽³⁾

En la Norma Oficial Mexicana 07 –SSA2-1993 se aclara que las actividades a realizarse durante el control prenatal comprenden desde la elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma, medición y registro de peso y talla, valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y del estado del feto, determinación de biometría hemática, glicemia, exámenes general de orina, VDRL, y grupo y Rh, prescripción profiláctica de ácido fólico y hierro y de medicamentos necesarios, con énfasis en las medidas de autocuidado a la salud y establecimiento del diagnóstico integral y oportuno.^(2,3,4)

De forma ideal el control prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: ser precoz, periódico, completo, con amplia cobertura y en nuestro medio gratuito. Para lograr cumplir con esto, existe un modelo estándar de control prenatal, en el cual se debe consultar a la embarazada desde que hay sospecha de gestación,

es decir desde que se presenta la primera amenorrea y continuar valorando a la paciente una vez al mes durante los primeros 6 meses del embarazo, posteriormente cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes; y una vez por semana, durante el último mes hasta el parto y continuar en vigilancia durante el puerperio. ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud reporta que en África el 63%, en Asia el 65% y en Latinoamérica el 73% de las embarazadas recibe por lo menos a una consulta de control prenatal. En otros estudios se ha encontrado como media 4 consultas durante todo el embarazo. Esto tiene relación con lo encontrado 1996 en donde se reportó un estimado de 7.6 millones de muertes perinatales a nivel mundial. ^(5,6)

A partir del año 2000 se han observado cambios en los patrones reproductivos de la población en donde encontramos que en 1960 una tasa de fecundidad era de 7 hijos por mujer; la cual disminuyó a 2.4 hijos por mujer en 2009 sabiendo que tasa de fecundidad se refiere al número promedio de hijos que tendría una cohorte de mujeres durante su vida reproductiva. ^(7,8)

Llama la atención que antes en México había menos mujeres en edad reproductiva pero tenían mayor descendencia, por el contrario actualmente la descendencia es baja, pero hay mayor número de mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con los registros administrativos, en 2009 se reportan 2.3 millones de nacimientos, un número muy parecido a los ocurridos de 1985 a 2009 que fueron de 2.2 millones; este nivel de nacimientos provoca un gran desafío para el diseño de políticas públicas en cuanto a salud reproductiva se refiere, ya que se deben cumplir múltiples necesidades que por derecho tienen las mujeres. ⁽⁹⁾

En reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encontró que en 2012 “cada día mueren en todo el mundo aproximadamente 800 mujeres por alguna complicación relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio y que la mayoría de estas muertes fueron en países de bajos ingresos además que un gran número de ellas se pudieron evitar” ⁽¹⁰⁾.

Lo anterior se puede comparar con lo reportado en el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFPA) en donde se vio en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad materna llega a ser de 293 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos y en algunas regiones Africanas como la Subsahariana esta tasa aumenta hasta 638 por cada cien mil, a diferencia de regiones más desarrolladas en las que es de 18 por cada cien mil. ⁽¹¹⁾

En otros datos sobre salud reproductiva en nuestro país en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.45% de las mujeres no hicieron uso de métodos anticonceptivo de ningún tipo en su primera relación sexual, esto se refleja en que alrededor de 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años dan a luz, esto representa un 11 % de todos los nacimientos a nivel mundial esto último de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ^(12,13)

Existen muchos riesgos y de distintos tipos que pueden poner en peligro la vida de la mujer gestante y del producto; aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas llega a presentar alguna complicación que llega a ser mortal o que requiere no solo de atención médica especializada también en muchos casos intervención obstétrica para lograr la sobrevivencia. ⁽¹⁴⁾

Siguiendo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incorporando otros más de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), algunas de las principales emergencias obstétricas están relacionadas con la hipertensión arterial, hemorragias obstétricas y las infecciones de tipo ginecológico y en México la Secretaria de Salud (SSA) incluye el embarazo ectópico, aborto séptico y enfermedad tromboembólica venosa. ^(15,16)

En México en 2010, del total de egresos hospitalarios según la CIE -10 de todas las mujeres entre 15 a 49 años con padecimientos que generaron emergencias obstétricas un 15% ocurrieron en el primer trimestre de embarazo, la mayoría que equivale a un 68.7% en la segunda mitad del mismo y 9.9% durante el puerperio; y de estas las principales complicaciones fueron la preeclamsia en un 52.3%, el

embarazo ectópico en un 15%, la placenta previa con 8.3% y en menor número la hemorragia posparto que representó 6.4%.⁽¹⁷⁾

En más información estadística de México en 2011 la razón de mortalidad materna para mujeres entre 15 y 49 años fue en un 24% se debido a alteraciones obstétricas indirectas y el 76% por complicaciones obstétricas directas; de las cuales el 32% se debieron a enfermedades hipertensivas del embarazo y 30.4% por hemorragia durante el embarazo, parto y el puerperio, entre las más destacadas.⁽¹⁸⁾

Una complicación no diagnosticada oportunamente puede agravarse y provocar una emergencia obstétrica que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materno- infantil por lo que se ideó El Proyecto de Norma PROY-NOM—007—SSA-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, en donde se considera como emergencia obstétrica “a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad y mortalidad materna y perinatal que requiere una atención inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención”.⁽¹⁹⁾

De este modo de acuerdo con el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas por sus siglas en inglés), el manejo de todas las complicaciones obstétricas debe ser una prioridad para todos los servicios de salud materna, ya que hasta un 80% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el posparto, además hay que tener en cuenta que las mujeres con complicaciones obstétricas que no son atendidas adecuadamente, generalmente fallecen dentro de las primeras 48 horas de iniciarse, por lo cualquier demora en la atención de una mujer embarazada o puérpera con cualquier tipo de complicación o que no cuente con acceso a servicios capaces de atender o resolver dichas complicaciones pueden derivar en su muerte.⁽²⁰⁾

El principal objetivo es la identificación y prevención ya que en su mayoría las complicaciones que se pueden presentar en mujeres gestantes pueden ser

evitadas con un diagnóstico adecuado, esto se puede lograr si las embarazadas cuentan con acceso oportuno a atención prenatal, hospitalaria y de emergencia. En México, la “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna”, menciona que las defunciones por causas obstétricas deben disminuir si se consideran y se solucionan los factores que condicionan las tres causas de demora del modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son: la búsqueda atención médica, accesibilidad a los servicios de salud y que se reciba tratamiento oportuno. ⁽²¹⁾

Es imperante la atención médica adecuada durante el embarazo para lograr para la salud de la madre y del producto por esto en el Artículo 61 fracción II de la Ley general de salud se establece la obligación que tienen todas las dependencias públicas de salud para ofrecer a las mujeres embarazadas atención prenatal que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-07-SSA2-1003), deben constar como mínimo cinco revisiones; las cuales se aumentan de acuerdo a los riesgos de cada embarazo. ^(3, 22)

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 señaló que 9.3% de las mujeres en edad fértil que tuvieron su último embarazo de entre 2004 y 2009 y tuvieron en promedio 7 (7.4) revisiones; aunque esta proporción es alta desafortunadamente no es universal ya que casi 3 de cada cien mujeres que representa 2.7% no recibieron atención prenatal de ningún tipo, y en entidades como Chiapas y Oaxaca esta proporción aumentó 9 y 6%, respectivamente. ⁽²³⁾

En la guía de práctica clínica de control prenatal del 2008 se menciona que uno de los principales objetivos del control prenatal es la detección oportuna de factores de riesgo, y la prevención de resultados adversos en el embarazo de los cuales podemos clasificarlos en factores de riesgo modificables y no modificables, con lo cual podríamos reducir importantemente la mortalidad materna. ⁽²⁾

En un En un meta análisis realizado en The Lancet, Vicki Flenady y colegas¹ confirman que el riesgo de muerte fetal intrauterina aumenta con el sobrepeso y la obesidad de la madre, el tabaquismo, la edad materna avanzada y otros factores. Estos investigadores examinaron 96 estudios en los que el sobrepeso y la

obesidad de la madre en conjunto fue el factor de riesgo modificable más alto y que el aumento de peso entre los embarazos aumenta el riesgo de muerte fetal intrauterina. En el caso de los factores de riesgo no modificables, la primiparidad estuvo en el puesto más alto. El conocimiento sobre estos factores de riesgo no es nuevo y se describe al tabaquismo materno como uno de los factores de riesgo modificables más importante que guarda una relación dosis-respuesta con el aumento de la mortalidad fetal. ⁽²⁴⁾

Algunos factores de riesgo importante y que poco tomamos en cuenta es el hecho que la futura madre no viva con el padre del hijo y la insatisfacción con el embarazo, estos aspectos se analizaron en un estudio realizado en Brasil por Diego G. Bassani y se encontró estuvieron asociados con el uso inadecuado de la atención prenatal. De igual forma el estado conyugal no estable se asocia a mayor fracaso en la atención prenatal en datos obtenidos por Ribeiro. ^(25,26)

Es importante hacer notar que se necesita más investigación para explorar el efecto de la satisfacción de las mujeres, la autonomía y el rol de género en el proceso de toma de decisiones. Un aspecto relevante utilización adecuada de la atención prenatal no puede lograrse simplemente mediante el establecimiento de centros de salud, estado general de la mujer tanto social, político y económico y emocional debe ser considerada. ⁽²⁷⁾

La revista médica del IMSS de marzo – abril de 2005 nos habla no solo de una asociación entre la ausencia de control prenatal y la tasa de mortalidad perinatal, también la importancia que tiene la calidad de esta atención sobre la mortalidad perinatal. Estudios han encontrado que una calidad inadecuada en el control prenatal conlleva a mortalidad perinatal más alta por la falta de diagnóstico oportuno de retraso en el crecimiento intrauterino ya sea por no realizas ultrasonido o por la inadecuada interpretación del mismo, junto con la no realización de estudios clínicos para el diagnóstico de anemia y diabetes gestacional. ⁽⁶⁾

Un estudio realizado por la antropóloga Dra. Mayra Chávez-Courtois y la Psicóloga Georgina Sánchez-Miranda en 2010 en donde se estudia la muerte

materna desde la perspectiva sociocultural. Con la percepciones por un lado de las mujeres en términos del cuidado prenatal, y por otro, la de las personas cercanas a una muerte materna, con el fin de reconstruir la vida de aquellas mujeres que fallecieron. Para ello tenemos que reconocer al contexto social y cultural, en el cual las características sociodemográficas juegan un papel importante para entender el fenómeno de la Muerte materna, pues las condiciones específicas de la mujer embarazada le dan cierto matiz al desenlace del embarazo. ⁽²⁸⁾

En otro aspecto se ha investigado es el resultado reducir el número de consultas de control prenatal en pacientes con bajo con el desenlace del embarazo, como es el caso de Therese Dowswell, Lelia Duley, que revisaron estudios realizados en los países de ingresos altos las mujeres asistieron, como promedio, entre 8,2 y 12 veces en estos casos el número de muertes fue escaso y para los países de ingresos bajos y medios que asistió menos de cinco ocasiones la mortalidad perinatal fue significativamente mayor en el grupo de visitas reducidas, aunque en estos ensayos el contenido y el número de visitas cambió, por lo que fueron más “dirigidas a un objetivo”. ⁽²⁹⁾

2. Justificación

A la defunción de una mujer por causas directas o indirectas relacionadas con el embarazo parto o puerperio se le conoce como muerte materna, esta es una definición relativamente reciente, ya que hace cinco décadas era considerada dentro del rubro de la mortalidad materno- infantil. Así mismo los estudios sobre mortalidad materna se iniciaron a través de organizaciones no gubernamentales y posteriormente las estatales, alrededor de los años sesentas a través de movimientos feministas, en donde se comenzaron a ventilar datos de importancia sobre la muerte en grupos de mujeres. En México en los años 1980 a 1997 se notaron que muchas de las complicaciones del embarazo y partos eran las principales causas de defunción o incapacidad en mujeres de 15 a 49 años, además de esto se calculó que por cada muerte en etapa de embarazo y parto, había de 30 a 100 casos de enfermedades o discapacidades maternas. ⁽³⁰⁾

El control de la mortalidad materna se realiza a nivel mundial encontramos varios ejemplos como es el caso de un análisis que se hizo en mujeres embarazadas entre 15 y 49 años de edad cinco regiones Italia entre el 2000 y 2007, en donde se encontraron subcifras de muertes maternas superiores a las registradas; y como dato comparativo se registraron las mismas causas predominantes a las de estudios en otras partes del mundo incluidas México que son la hemorragia, trastornos tromboembólicos e hipertensivos del embarazo.⁽³¹⁾

Y ya que como he comentado anteriormente muchas de estas complicaciones son prevenibles o se pueden controlar, es importante saber hasta qué grado realizamos las medidas necesarias de identificación y prevención que se requieren dentro del control prenatal.

3. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud en su nuevo modelo de control prenatal establece que las mujeres con embarazo considerado de bajo riesgo deben recibir control prenatal de rutina que debe ser precoz, periódico y continuo, estos dos últimos puntos dependerán del riesgo médico, social y psicológico de cada paciente. ⁽³²⁾

En nuestro país la mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas ya que en los últimos años a nivel nacional ha aumentado la vigilancia prenatal con la excepción de algunos estados en los que condiciones los factores sociales, económicos y culturales han retrasado que se otorguen oportunamente los servicios de salud. ⁽³³⁾

La mejora de la salud materna es uno de los 8 objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000, en donde los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, hasta ahora ha disminuido en un 47%. Entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial solo ha disminuido en un 3.1%, quedando lejos de la cifra del 5.5% anual necesaria para alcanzar la meta. ⁽³⁴⁾

En la cumbre de las Naciones Unidas sobre los ODM, celebrada en septiembre de 2010, el secretario general Ban Ki-Moon presentó una estrategia mundial de salud materna e infantil cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos 4 años. Por lo que la OMS en busca de mejorar la salud materna como una de sus principales prioridades ofrece orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos, fijando normas mundiales; y presta apoyo a los países para que ejecuten políticas programadas. ^(35,36)

Por la relevancia que tiene la salud materna a nivel mundial considero importante conocer dentro de nuestro universo de trabajo el seguimiento del control prenatal y si se toman como base las Guías de Práctica Clínica por lo que es interesante conocer si dentro las la UMF 64 de Córdoba Veracruz los médicos familiares llevan a cabo las recomendaciones que se hacen estas guías y lo que se reportadas de estas acciones en el expediente clínico.

3.1. Pregunta del problema

En base al planteamiento señalado:

¿Cuál será la adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal por parte de los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 64?

3.2 Hipótesis:

H0: No existe adherencia por parte de los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 64 a las guías de práctica clínica.

H1: Existe adherencia por parte de los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no. 64 a las guías de práctica clínica.

4. Objetivos:

4.1 Objetivo general:

Determinar la adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal en los médicos familiares en la Unidad de Medicina Familiar no. 64 durante el año 2013.

4.2 Objetivo específico:

- 1.- Determinar por grupo de edad el número de mujeres gestantes a quienes se les aplicó la encuesta sobre la adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal.
- 2.- Conocer si el médico familiar realiza promoción a la salud informando sobre la adecuada indicación para la administración de suplementos alimenticios durante el embarazo (como ácido fólico, fumarato ferroso, calcio).
- 3.- Determinar si el médico familiar indaga sobre las pruebas específicas e investiga factores de riesgo.
- 4.- Determinar si el médico familiar realiza pruebas diagnósticas como toma de biometría hemática, examen general de orina, toma de glucosa sérica, ecografía y si se solicitan acorde a los parámetros establecidos, tiempos establecidos.
- 5.- Determinar si el médico familiar realiza vigilancia regular de tensión arterial, medición de fondo uterino y medición de proteínas en orina en cada consulta.
- 6.- Determinar si el médico familiar indaga probables complicaciones durante el embarazo como anemia, infecciones vaginales y urinarias, y si se otorga tratamiento adecuado y oportuno a las mismas.
- 7.- Determinar si la embarazada cumple con mínimo 4 consultas de control prenatal durante todo el embarazo.
- 8.- Determinar si refiere en tiempo y forma a segundo nivel a las mujeres embarazadas según los criterios técnicos establecidos.
- 9.- Determinar por turno se cumplen y registran adecuadamente las recomendaciones de la Guía de práctica clínica.

5. MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, evaluando a través de los expedientes médicos de las pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar no. 64 de Córdoba, Veracruz, la adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal. La significancia estadística del estudio se evaluará a través de valor de p , con significancia estadística al 0.05%.

6. UNIVERSO DE ESTUDIO

Para fines de estudio se tomará a toda paciente derecho habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social con atención en la Unidad de Medicina Familiar No 64 que haya recibido atención médica prenatal en la unidad.

7. LUGAR DE ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No 64 Córdoba Veracruz.

8. PERIODO DE ESTUDIO

Del 01 de Marzo al 31 de Agosto del 2013.

9.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

La determinación del tamaño de muestra fue desarrollada para proporciones y población finita, en donde se conoce el número exacto de mujeres embarazadas durante el año 2013 participantes de este estudio. Para esto se desarrolla la siguiente formulas.

$$N = z^2 \frac{pq}{d^2}$$

N: tamaño de muestra

z: 1.96

p: prevalencia

q: 1-p

d: error estimado

Dando un total de 140 mujeres embarazadas que serán seleccionados de acuerdo a los criterios establecidos de inclusión.

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Para fines de este estudio se incluirá a toda mujer que haya recibido atención médica prenatal con expedientes de control por embarazo en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 de Córdoba Veracruz.
- Aquellas mujeres con expedientes que cursen embarazo en cualquier semana de gestación y hasta el nacimiento del producto, sin importar el desenlace del mismo.
- Aquellas mujeres con expedientes con atención médica prenatal con edades comprendidas de los 19 a 35 años.

10.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- No se incluirán en este estudio a expedientes de mujeres con atención prenatal que se encuentren fuera del rango de edad de 19 a 35 años.
- No se incluirán en este estudio expedientes de mujeres con atención prenatal no derecho habientes a la Unidad de Medicina Familiar No 64 Instituto Mexicano del Seguro Social.
- No se incluirán en este estudio a expedientes de pacientes con atención prenatal con antecedentes patológicos como diabetes mellitus, hipertensión arterial o alguna otra patología que por sí sola presente embarazo de alto riesgo.

10.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Expedientes de mujeres en control prenatal que presenten datos incomprensibles o letra ilegible.

11. DESCRIPCION DE VARIABLES

» Turno.

Definición conceptual. Momento u ocasión en que a una persona le corresponde hacer, dar o recibir una cosa.

Definición operacional. Para fines de estudio se hará la especificación el turno en que se brindó la atención prenatal.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala: Cualitativa.

Indicadores.

1= matutino

2= vespertino

» Edad

Definición conceptual. Tiempo en años cumplidos al momento de la encuesta referido por el sujeto de estudio.

Definición operacional. Para fines de este estudio se considera la edad a todo el grupo de personas que se encuentren dentro de los grupos estudiados.

Tipo de variable. Nominal, politómica.

Tipo de escala. Cuantitativa

Indicadores:

1= 19 a 24

2= 25 a 30

3= 31 a 35

» Embarazo

Definición conceptual. Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses- calendario).

Definición operacional. A todo grupo de mujeres que se encuentren gestando y acudan a control prenatal dentro del periodo establecido y que cumplan con los criterios de inclusión adscritas a la UMF 64

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa

Indicadores. Registro en expediente

1= Si

2= No

» Suplemento alimenticio

Definición conceptual. De acuerdo al artículo 215, fracción V, de la Ley General de Salud, los Suplementos Alimenticios son: "... productos a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales, que se puedan presentar en forma farmacéutica y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementarla o suplir algún componente

Definición operacional. Para fines del estudio se refiere a la administración de ácido fólico a mujeres en edad fértil antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. Registro en expediente de administración de ácido fólico según recomendaciones de la guía de práctica clínica.

1= Si

2= No.

» **Factores de riesgo.**

Definición conceptual. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Definición operacional. Para fines del estudio se valorara si se indaga sobre violencia intrafamiliar, exposición a enfermedades infectocontagiosas, consumo abuso de sustancias toxicas, enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedente de malformaciones o cromosomopatías, ocupación y horas de trabajo al día, identificar factores de riesgo ara hepatitis B y su atención oportuna.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. Que se indaguen todos los factores antes mencionados en la primera consulta de atención prenatal y se corroboren en cada consulta.

1= Si,

2= No.

» **Pruebas diagnosticas**

Definición conceptual. Cualquier proceso, más o menos complejo, que pretenda determinar en un paciente la presencia de cierta condición, supuestamente patológica, no susceptible de ser observada directamente (con alguno de los cinco sentidos elementales).

Definición operacional. Se considerará para este estudio la toma oportuna e interpretación de biometría hemática, ultrasonido obstétrico, glucosa sérica, examen general de orina, cultivo y exudado vaginal VDRL, VIH.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. Que se realicen y registren las pruebas diagnósticas según las recomendaciones en la guía de práctica clínica.

1= Si

2= No.

» **Tensión arterial**

Definición conceptual. Presión que ejercen las paredes de las arterias sobre la sangre contenida. La tensión arterial se debe a la capacidad de contracción que poseen las fibras musculares de las arterias. El equilibrio se consigue variando dicha presión por parte de las arterias según el volumen de sangre que circula y del trabajo que realiza el músculo cardíaco. La presión arterial representa la fuerza que permite hacer circular la sangre a través de todos los órganos.

Definición operacional. Para fines del estudio se considerará la toma y registro de la tensión arterial.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. El registro en las notas medicas de cada consulta de atención prenatal.

1= Si

2= No

» **Fondo uterino.**

Definición conceptual. Se define como la distancia en centímetros (cm), entre la parte media del fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis, a través de la pared anterior del abdomen.

Definición operacional. Para fines del estudio se considerará la medición y registro del fondo uterino siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica.

Tipo de variable. Nominal dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. El registro en las notas medicas de cada consulta de atención prenatal.

1= Si,

2= No

» **Proteínas en orina.**

Definición conceptual. La excreción urinaria de proteínas en el adulto normal debe ser inferior a 150 mg / día. Las tasas mayores de excreción de proteínas que persisten en más de una medición requieren evaluación, ya que implican un aumento de la permeabilidad glomerular que permite la filtración de macromoléculas normalmente no filtrado como la albúmina

Definición operacional. Para el estudio de considerará la toma y reporte de proteínas en orina con tira reactiva o por examen general de orina.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa

Indicadores. El registro en las notas medicas de cada consulta de atención prenatal.

1= Si

2= No

» **Complicaciones prenatales.**

Definición conceptual. Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.

Las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo en un niño, incluyendo la acentuación de conductas problemáticas.

Definición operacional. Para el estudio se considerará el registro en las notas de la búsqueda intencionada y oportuna de complicaciones.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. El registro en notas medicas

1= Si

2= No

» **Consultas.**

Definición conceptual. Incluyen diversos procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto. El objetivo de estos controles es prevenir, diagnosticar y, eventualmente, tratar aquellos trastornos que pueden incidir en el normal desarrollo del embarazo. Consiste en analizar cómo avanza el embarazo para que, llegado el parto, éste se produzca sin problemas, con la madre y el niño en buen estado de salud.

Definición operacional. A todo grupo de mujeres gestantes que y acudieron a control prenatal con mínimo 4 consultas dentro del periodo establecido y que cumplan con los criterios de inclusión adscritas a la UMF 64.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. El registro de atención en notas médicas, con mínimo 4 consultas

1= Si

2= No

» **Referencia a segundo nivel.**

Definición conceptual. Envío a segundo nivel de atención medica.

Definición operacional. La identificación y envío oportuno a segundo nivel de atención.

Tipo de variable. Nominal, dicotómica.

Tipo de escala. Cualitativa.

Indicadores. La realización y registro en las notas medicas de envío a segundo nivel con base el guía de práctica clínica.

1= Si

2= No

12. PROCEDIMIENTO

- a) Al concluir el proyecto se presentará ante el CLIS para su análisis.
- b) Una vez autorizado el protocolo de investigación se pedirá a las autoridades correspondientes el permiso para la revisión de los expedientes.
- c) Se acudirá al archivo clínico electrónico de la Unidad de Medicina Familiar No 64 de Córdoba para la revisión de expedientes del turno matutino y vespertino de toda mujer entre 19 y 35 años de edad que haya recibido atención prenatal, sin importar semana de gestación ni desenlace, que no tengan factores de riesgo previos al diagnóstico de embarazo. En un periodo de 6 meses que comprenderá de 1 de marzo a 30 de agosto de 2013.
- d) Se hará lectura cada uno de dichos expedientes, buscando en las notas médicas el interrogatorio, la exploración física, el manejo y el seguimiento que se da a las pacientes embarazadas durante sus consultas de control prenatal.
- e) Se leerán todas las notas medicas haciendo mayor énfasis en la nota inicial, la subsecuente y la última nota de control prenatal, aunque se registrara el número total de consultas que recibieron las mujeres embarazadas durante su atención prenatal.
- f) Una vez revisados los expedientes clínicos, se aplicará la cedula de verificación IMSS-028-08 control prenatal con enfoque de riesgo, la cual consta de las siguientes secciones: turno; edad; promoción para la salud (en donde se incluye semana en la que se realiza el diagnóstico de embarazo y el inicio de suplementación alimentaria); pruebas específicas, factores de riesgo y vigilancia prenatal; pruebas diagnósticas (historia clínica, exámenes de laboratorio, gabinete y examen clínico); vigilancia y seguimiento (revisión de pruebas diagnósticas y tratamiento en caso necesario, búsqueda intencionada de complicaciones); envío oportuno a segundo nivel, sección que será llenada por el investigador mediante el análisis del expediente.
- g) Posteriormente se procederá a la recolección de los datos registrados en la cedula de verificación IMSS -028-08.
- h) Finalmente todos los datos serán analizados y registrados donde serán explicados a través de frecuencias, porcentajes y proporciones, quien si cumple

con buena adherencia a la guía de práctica clínica y se ve reflejado con adecuado en buen control de la vigilancia prenatal.

13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados serán expresados de acuerdo al tipo de variable, en porcentajes y proporciones, realizando un análisis estadístico descriptivo, en base a la distribución de los datos se utilizará estadística paramétrica y no paramétrica. El análisis estadístico se realizará a través de paquete estadístico SPSS versión 15.0.

14. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomará en consideración lo que establece el Título Segundo, Capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justifiquen (SSA,1987).

Fracción VI, fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Fracción VII y VIII, se contará con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Zona número 8 y se llevará a cabo con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

El estudio se considerará de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se realizó registro de datos socio demográfico, clínico y familiares según el artículo 17, fracción II.

15. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

Un médico residente de Medicina Familiar.

Dos médicos especialistas en Medicina Familiar.

Un médico epidemiólogo.

Recursos materiales:

4 Lápices.

4 Plumas.

4 Gomas de borrar.

3 Sacapuntas.

1 Memoria USB.

1 Computadora.

1 Impresora.

Recursos financieros:

Recursos propios de los investigadores.

16. BIBLIOGRAFIA

1. Peña G., Comunián G., Martí A, Asociación entre calidad del control prenatal y los desenlaces perinatales. Rev. De la facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Diciembre de 2005. Vol. 9 No 3.
2. Guía de Practica Clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. IMSS-028.08 www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/.../IMSS_028_08_EyR.pdf
3. 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. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdl/nom/ssa23.html> abril de 2013
4. Moreno A, Bandeh H, Meneses J, Díaz M, Mujica M. Control prenatal en el medio rural. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 51 Septiembre – Octubre 2008. 188
5. Cáceres F, El control prenatal: una reflexión urgente. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No.2 2009 165
6. Aguilar M R, Méndez G, Guevara J, Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Revista médica IMSS vol. 43, No2, Marzo_ Abril 2005 pp 215-220
7. Haupta, Kane T. Guía rápida de oblación: citado en: Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) Manual de medidas sociodemográficas México, 1997
8. Instituto nacional de estadística y geografía muestra censal 2010 www.inegi.org.mx
9. Estadística de nacimientos. Instituto nacional de estadística y geografía. INEGI. 2010
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Comunicado de prensa*. <http://www.int/medicacentre/factsheets/fs348/es/index.html> (13 de abril de 2013)
11. UNFPA. Estado Mundial de la Población 2011 <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones>, marzo de 2013

12. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012.*
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
Abril de 2013
13. OMS. Datos y Cifras. *Embarazos y partos prematuros*
<http://www.who.int/features/factfiles/adolescent.health/facts/es/indez2.html>,
marzo de 2013
14. OMS. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstétricas y médicos.*
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf, marzo de 2013.
15. Fecina, R et.al. Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas. OPS 2012.
16. Secretaría de Salud (SSA). Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. Guía de Referencia rápida (GRR). IMSS-436-11
17. SSA base de egresos hospitalarios 2010. INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.
18. Estadísticas de mortalidad, 2011, Base de datos Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI). www.inegi.org.mx
19. DOF. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*, pp 5. 5 de noviembre de 2012.
20. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Op. Cit
21. SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEG y SR). Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.
http://web.coneval.gob.mx/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf, marzo de 2013.
22. Diario Oficial de la Federación (DOF). www.dof.gob.mx
23. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 INEGI
www.inegi.org.mx

24. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, et al. Major risk factors for stillbirth in High-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; Publicado en línea el 14 de abril. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62233-7. Unidad de Epidemiología Clínica, Departamento de Medicina de Solna, KarolinskaInstitutet, SE 171 76 Estocolmo, Suecia
25. Bassani D, Surkan P, Olinto M. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 1, March 2009
26. Ribeiro E, Guimarães A, Bettiol H, Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009, 9:31 doi:10.1186/1471-2393-9-31
27. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. Public Health Department and Dugald Baird Centre, University of Aberdeen, UK. *J Adv Nurs*. 2008 Feb;61(3):244-60 [PubMed - Medline]
28. Chávez M, Sánchez G, Romero E, Torres J, González I. Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social. *Perinatología y Reproducción Humana*. Artículo de revisión Enero-Marzo, 2010 Volumen 24, Número 1 pp 67-75.
29. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2011, Issue 4
30. Samano R. Romero E, Romero I, Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia. *Perinatología y Reproducción Humana* Artículo de revisión Enero-Marzo, 2010 Volumen 24, Número 1 pp 51-59
31. Donati S, Senatore S, Ronconi A; Regional maternal mortality working group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database. Epub Mar 2011

32. Bravi M, Pedrozo R, Santillan M. Características de los controles prenatales de pacientes puérperas internadas en el hospital "Dr. José Vidal" de la ciudad de Corrientes. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina No. 213 Diciembre 2012 pp 5-8
33. Nogera M, Arenas S, Rabadán C. Mortalidad materna en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Estudio de 10 años e Identificación de acciones de mejora. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Oaxaca Oaxaca, México. Volumen 81, No3 Mayo- Junio 2013. Pp 202-206
34. Mortalidad materna. Nota descriptiva No 348 mayo 2012. Pp:1-3
35. Patton G, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet, 2009. 374:881–892.
36. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, Creanga AA, Tunçalp O, Balsara ZP, Gupta S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet, 2011, Apr 16; 377(9774):1319-30.