



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
UMF No. 26 MONTERREY, N.L.



**"CONTROL PRENATAL ADECUADO Y SU RELACION CON COMPLICACIONES MATERNA
EN UMF No 66, DE ENERO A JUNIO DE 2012"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MIREYA CASTREJON MENDEZ

DRA. SARA MARIA ESTEVANE DIAZ. IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**REALIZO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA PARA
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

**"CONTROL PRENATAL ADECUADO Y SU RELACION CON COMPLICACIONES
MATERNAS EN UMF No 66, DE ENERO A JUNIO DE 2012"**

DRA. MIREYA CASTREJON MENDEZ

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARIA DOLORES SANCHEZ LUNA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 MONTERREY, N. L**

**DRA. SARA MARIA ESTEVANE DIAZ
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MEDICINA FAMILIAR No 15**

**DRA. NORA DELIA NAVA OBREGON
MEDICO FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF No.26**

Monterrey, N. L.

11 de Octubre del 2012

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**"CONTROL PRENATAL ADECUADO Y SU RELACION CON COMPLICACIONES
MATERNAS EN UMF No 66, DE ENERO A JUNIO DE 2012"**

..

DRA. MIREYA CASTREJON MENDEZ

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

TITULO.....	5
ANTECEDENTES.	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.	12
OBJETIVOS.	14
HIPOTESIS.	14
METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN.....	15
Diseño del estudio.....	16
Lugar del estudio.....	16
Población.	16
Criterios de selección de la muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	
Definición de variables.	17
Método o procedimiento para capturar información.....	18
Análisis estadístico.....	18
Instrumento de medición.....	18
ASPECTOS ÉTICOS.....	19
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	20
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	27
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXO (HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)	34

**CONTROL PRENATAL ADECUADO Y SU RELACION CON COMPLICACIONES
MATERNAS EN UMF No 66, DE ENERO A JUNIO DE 2012"**

ANTECEDENTES

El control prenatal se define como todas las acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar complicaciones maternas, morbilidad, mortalidad materna y perinatal, constituyendo así la principal herramienta, política, social y económica para identificar oportunamente las complicaciones del embarazo^{1,2,3}

La Organización Mundial de la Salud considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han reportado prevalencias de 69% y 38.8% y una mediana de cuatro consultas por gestante, entre los factores asociados a un control prenatal inadecuado, se encuentran la edad, los bajos ingresos, la mutliparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico.^{4, 5,6}

México no se encuentra exento de presentar complicaciones maternas ya que cuenta con 106 millones de habitantes, un extenso y diverso territorio, por lo cual el fenómeno de las complicaciones maternas se da de manera específica con una concentración importante, desde el punto de vista numérico, en las grandes urbes, lo cual representa un fenómeno demográfico no tan difícil de entender. Sin embargo, es muy claro también que el mayor riesgo de fallecer por complicaciones maternas lo tienen las mujeres que viven en aquellas zonas con menores niveles de desarrollo, es decir, las zonas más Pobres y aisladas de nuestro país⁷.

Sin embargo; como producto de los esfuerzos, la atención y estudio dedicados al tema y en conjunto al desarrollo de los sistemas de atención y a los avances tecnológicos, es posible notar un importante descenso en las complicaciones maternas, aunque en

diferentes intensidades. La reducción de complicaciones y mortalidad materna han sido puntos claves de varias cumbres y conferencias internacionales desde finales de los ochenta y también de la cumbre del milenio de 2000, uno de los ocho objetivos de desarrollo de esta conferencia es mejorar la salud materna, haciendo un compromiso de reducir complicaciones y mortalidad materna entre 1990 y 2015.⁷

La conferencia internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), La Cumbre a Favor de la Infancia (1990), La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), establecieron como meta su reducción en 50% para el año 2000; México estuvo entre los países que firmaron este compromiso. Más recientemente, en la Cumbre del Milenio (2000) se tomó el acuerdo de reducir la mortalidad materna en 75% para 2015, lo que significaría para México bajar la razón de complicación y muerte materna a menos de 22 por mil nacidos vivos^{7, 8}

De acuerdo al estudio realizado por Flor de María Casares-Manrique hecho en Colombia se concluyó que no todas las embarazadas tienen acceso al control prenatal por eso la importancia de reflexionar sobre la adherencia y barreras de acceso al control prenatal.^{9,10} El autor Jorge Ybasetta-Medina en Perú concluye que las complicaciones prenatales se asocian con complicaciones maternas entre ellas la mortalidad materna por lo que es necesario fortalecer los servicios del control prenatal y atención del parto con personal profesional calificado.^{11,12}

En Cartagena Irma Yolanda castillo Ávila concluye la frecuencia del uso del control prenatal en su mayoría no cumple con lo señalado en la norma técnica, siendo la afiliación para la salud una variable determinante para el uso del servicio prenatal, así mismo la cercanía del servicio de salud, un mejor nivel educativo, favorecen el uso del servicio.^{13,14,15}

En base al estudio de Faneite las complicaciones maternas se relacionan con la baja cobertura de atención prenatal, vinculada a la falta de accesibilidad y calidez humana de los servicios. Por otra parte Hill y Colaboradores mencionan que la mayoría de las mujeres se embarazan y presentan un parto sin mayor complicación, sin embargo para aquellas que presentan algún tipo de problema se requiere la intervención médica en segundo o tercer nivel.^{16, 17,18}

En México Bernardo Hernández M concluye que la existencia de servicios prenatales, accesibles y de buena calidad son un factor determinante en la reducción de complicaciones maternas.^{19,20} Huerta reporta que cada día en el mundo mueren 400, mil mujeres por complicaciones durante su embarazo, a pesar de los intentos por disminuir esta situación que no solo afecta a las mujeres si no a las familias y naciones, tomando en cuenta que las complicaciones maternas siguen siendo las mismas que hace 30 años como lo son las hemorragias (25%), infecciones (15%), preeclampsia (12%), diabetes gestacional (10%), mencionando que estas complicaciones pueden ser evitadas al contar con un servicio de salud y apeándose a un control prenatal adecuado.^{21,22}

En base a la normativa institucional para la atención de la mujer embarazada, podemos definir el apego al control prenatal como la oportunidad en la atención del embarazo, para identificar factores y condiciones que pudieran complicar el embarazo y se considera oportuno o adecuado cuando independientemente del riesgo obstétrico la primera atención médica a la embarazada se da a más tardar a las 12 semanas de gestación y por lo menos complete con 5 atenciones. Según la norma oficial mexicana y las actividades que deben realizarse durante el control prenatal son similares con las acciones realizadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social en donde disponemos del expediente electrónico y se toman en cuenta parámetros establecidos para calificar

el embarazo en riesgo obstétrico bajo y riesgo obstétrico alto, el cual se tomara en cuenta para la referencia a las unidades de segundo nivel y también las contra referencias derivadas de las instituciones organizadas, la institución promueve que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consultas prenatales iniciando preferentemente dentro de las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario: primera consulta en el transcurso de las primeras 12 semanas, segunda consulta entre la 22-24 semanas, tercera consulta entre la 27-29 semanas, cuarta consulta entre la 33-35 semanas, quinta consulta entre la 38-40 semanas, 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, los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención e identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna y propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, el cual está conformado por trabajo social, módulo de enfermería, dental y nutrición para aumentar su efectividad, tomando en cuenta que acudan al menos a 2 de los servicios antes mencionados, esto con la finalidad de estimular acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno infantiles, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de atención medica contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.^{23, 24,25}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones maternas durante el embarazo siguen siendo un problema de salud tanto a nivel mundial como nacional y se han dado a conocer diferentes modelos de atención prenatal, como el propuesto en el Informe Médico de Salud Mundial de Mayo del 2005 de la OMS, los lineamientos de la Vigilancia del embarazo, parto y puerperio y la guía de práctica clínica del control prenatal del IMSS. Algunos estableciendo una cuantificación del riesgo, otros explorando las características biológicas y sociales, pero todos destacado la importancia de que cada paciente en apego a un tipo de control prenatal sea analizada de manera individual para poder identificar oportunamente factores de riesgo así como complicaciones y evitar las muertes perinatales y/o maternas.

De acuerdo a las Cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAT) 2012, los médicos continúan siendo los principales profesionales en realizar la atención prenatal (94.5%), incrementándose en los últimos 12 años, dado que en el 2006 el porcentaje fue de 93.4% y de 87.6% en el 2000. La atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres de 20 a 49 años tuvo un incremento de doce puntos porcentuales en los últimos doce años, que pasó de 72.8% en 2000 hasta 84.3% en 2012.

En México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la salud reproductiva representa uno de los principales campos de acción y desde finales del 2010 se inicia en la delegación de Nuevo León un programa prioritario en las unidades médicas enfocado en la guía de práctica clínica de Control prenatal, con el propósito de disminuir las complicaciones maternas, sin embargo a pesar de que existe un programa dirigido a la mujer embarazada, en donde actúa el equipo multidisciplinario y se programan citas para su seguimiento en forma anticipatoria, se percibe una falta de apego al control, la mujer embarazada se vuelve remisa y no es raro encontrar en la consulta, embarazadas que

acuden tardíamente a su control a tan solo semanas antes de dar a luz (en el tercer trimestre) con falta de oportunidad en su primera cita, a estas dos situaciones se agrega la falta de atención por parte del equipo multidisciplinario aumentando el riesgo de desarrollar o bien identificar oportunamente una complicación. Durante los últimos años, en la unidad de medicina familiar No 66 la población de mujeres en edad fértil representando una de las más importantes causas de consulta en nuestra unidad al conformar un total de 19,299 mujeres el 28.9% de la población total, además en el año del 2011 acudieron a consulta de control prenatal 6,760 embarazadas, es decir un 35% de la población en edad fértil se embarazo y acudió a control prenatal.

Considerando que el control prenatal es un proceso clínico y social, en donde los factores sociales y familiares se relacionan con la falta de apego al control prenatal y con la aparición de complicaciones maternas, identificar el apego, las complicaciones que aquejan a la población de mujeres embarazadas de nuestro contexto y las características familiares permitirán establecer estrategias para estimular acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno infantiles, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de atención médica.

Por esta razón nos cuestionamos acerca de:

¿Como se relaciona un control prenatal adecuado con la presencia de complicaciones maternas en la UMF No. 66, de Enero a Junio de 2012?

JUSTIFICACION

La reducción de complicaciones y mortalidad materna han sido puntos claves de varias cumbres y conferencias internacionales desde finales de los ochenta y también de la cumbre del milenio de 2000, uno de los ocho objetivos de desarrollo de esta conferencia es mejorar la salud materna, haciendo un compromiso de reducir complicaciones y mortalidad materna entre 1990 y 2015.

En México diferentes estudios concluyen que la existencia de servicios prenatales, accesibles y de buena calidad son un factor determinante en la reducción de complicaciones maternas y que las complicaciones maternas siguen siendo las mismas que hace 30 años destacando: hemorragias, infecciones, preeclampsia y diabetes gestacional, complicaciones que pueden ser evitadas al contar con un servicio de salud y apegándose a un control prenatal adecuado, en la UMF No. 66 y de acuerdo al diagnóstico de salud de la unidad, durante el 2011 la supervisión del embarazo ocupó el sexto lugar dentro de los principales motivos de consulta y de los 6760 consultas otorgadas a mujeres embarazadas las complicaciones más frecuentes fueron: infección de vías urinarias, cervicovaginitis y preeclampsia además se analizaron 3 casos en el comité de muerte perinatal.

En apego a las guías de práctica clínica y los lineamientos para la Vigilancia el control prenatal se clasifica de acuerdo a los factores de riesgo que presenta la embarazada y las condiciones clínicas, embarazo de alto riesgo o bajo riesgo, actualmente el control prenatal debe estar enfocado a una detección oportuna en las embarazadas para que llegue a buen término y evitar la presencia de complicaciones, mejorando la calidad de vida del binomio madre-hijo, y en base a que en nuestra unidad no se cuenta con estudios

Acercas de este tema y que de acuerdo a las estadísticas de la unidad en los últimos años se han reportado complicaciones maternas, es por eso que nos interesa determinar las complicaciones maternas más frecuentes y su relación con control prenatal adecuado en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 66, para implementar estrategias de mejora en el sistema de salud y el equipo multidisciplinario.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Determinar la relación del control prenatal adecuado con complicaciones maternas en mujeres de la UMF No 66, de enero a junio de 2012.

Objetivo específico

- Determinar la frecuencia de pacientes en control prenatal adecuado de la UMF No 66.
- Determinar cuál es la complicación materna más frecuente en las pacientes en control prenatal adecuado de la UMF 66, de enero a junio de 2012.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

No requiere por ser un estudio descriptivo

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño del estudio

Es un estudio sin intervención de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrolectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

Pacientes embarazadas que acudieron al control prenatal con resolución del embarazo en el periodo comprendido de enero a junio del 2012 de la UMF No. 66.

Tipo de muestra y Tamaño de la muestra

Para este estudio no se realizará cálculo del tamaño de muestra. El muestreo será no probabilístico por conveniencia de todas las mujeres que terminen su embarazo durante el período de estudio de enero a junio del 2012 y que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de selección

A) Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas (con embarazo único) en control prenatal.
- Con notas de vigilancia prenatal y nota medica de puerperio consignado en el expediente clínico.

B) Criterios de exclusión.

- Pacientes embarazadas con comorbilidad preexistente (patología o enfermedad preexistente).
- Embarazo múltiple.

C) Criterios de eliminación.

- Pacientes con nota de vigilancia prenatal incompleta o ausente en el expediente clínico.

-pacientes que no cuenten con nota medica de puerperio en el expediente clínico

Definición de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente
Edad (variable Antropométrica)	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de inclusión al estudio.	años cumplidos	Cuantitativa No Categórica Discreta	Expediente clínico
Control prenatal adecuado (variable independiente)	Son las acciones, procedimientos, sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar complicaciones maternas. Lo integra 3 puntos clave o criterios: A) Atención oportuna cuando la paciente acude a consulta antes o durante la semana 12 de gestación. B) Cumplimiento de 5 consultas prenatales. C) Atención por equipo multidisciplinario (trabajo social, módulo de enfermería, dental y nutrición).	CPN adecuado En base al cumplimiento de los 3 puntos clave o criterios en la vigilancia prenatal. Nivel de control prenatal: 1)Alto (cumple 3 criterios) 2)Medio (cumple 2 criterios) 3)Bajo (cumple 1 criterio) Se considera CPN adecuado a las pacientes que tengan un nivel de cumplimiento alto y medio	Cualitativa Categórica Ordinal	Nota de vigilancia prenatal consignada en el expediente clínico
Complicaciones maternas (variable dependiente)	Situación médica que ponga en riesgo la vida de la madre y/o el producto. Como son: 1= Preeclampsia 2= Diabetes Gestacional 3= Parto prematuro 4= Infecciones 5= Hemorragias, etc.	A)Presencia B)Ausencia	Cualitativa Categórica Nominal	Nota de vigilancia prenatal y nota medica de puerperio en el expediente clínico.

Método o procedimiento para captar información

Para analizar la información recolectada se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, mediante el método estadístico de tipo descriptivo e inferencial. Para la escala de las variables de estudio cuantitativas, se aplicó medidas de tendencia central (media, mediana y moda), para establecer relación entre la variable independiente y dependiente se utilizó la prueba no paramétrica de prueba de Ji^2 con una confiabilidad del 95%.

Se aplicará estadística descriptiva, acorde con la escala de las variables de estudio, así como medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y estadística de nivel inferencial para establecer la relación entre la variable independiente y dependiente, mediante la prueba de Ji^2 a una confiabilidad del 95%, buscando una significancia estadística de $p=$ ó <0.05 , utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18.

Instrumentos de medición

1. Se utilizará la hoja de vigilancia prenatal y la nota médica de puerperio.
2. Hoja de recolección de datos (Anexo)

ASPECTOS ETICOS

En apego al Reglamento Vigente de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, así como los Acuerdos Internacionales de la XVIII Asamblea Medica Mundial de Helsinky de 1964 en relación a Investigación en seres Humanos, revisada en la XXIX Asamblea Médica Mundial de Tokio en 1875, y enmendada en la XXXV Asamablea Médica Mundial de Venecia 1983 y la XLI de Hong Kong 1988, se respetará en todo momento la confidencialidad de los datos personales obtenidos de los expedientes clínicos.

Este estudio, se considera como una “Investigación sin Riesgo”, según los términos definidos por el artículo 17 del Reglamento en Materia de Investigación de Salud de la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos por lo que no se utilizará carta Consentimiento informado

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se incluirán pacientes con resolución de su embarazo durante el periodo comprendido del 1 de Enero del 2012 al 30 de Junio del 2012, los datos serán obtenidos por medio del sistema de información de atención integral de la salud dentro del IMSS, y tomando como referencia el número de seguro social, para tener acceso a la información mediante la nota de vigilancia prenatal y puerperio, la cuales se encuentran en el expediente del sistema electrónico, se recabaran los datos de control prenatal oportuno (consulta antes o durante la semana 12 de gestación, número de visitas y atención multidisciplinaria) y complicaciones (preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, infecciones, hemorragias), para posteriormente realizar la captura en una base de datos y luego concentrarla en el programa SPSS18, para evaluar resultados de las variables analizadas a una confiabilidad del 95%. Buscando la relación del control prenatal adecuado con la presencia de complicaciones maternas, mediante la prueba de X^2 .

RECURSOS DISPONIBLES

Recursos Humanos.

La investigación será dirigida por la Dra. María Dolores Sánchez Luna, Profesor titular del curso de Especialización de Medicina Familiar para los Médicos Generales del IMSS con la colaboración de la Dra. Sara María Estevane Díaz, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar N° 15 quienes participarán en la asesoría y supervisión de la Dra. Mireya Castrejón Méndez, R3 del

Curso de Especialización de Medicina Familiar quien para fines de tesis realizara este proyecto bajo supervisión y tutela de los investigadores participantes, también se hará cargo de recopilar toda la información para el análisis y redacción del manuscrito.

A través del análisis estadístico de la prueba no paramétrica de chi cuadrado al relacionar la presencia de complicaciones en el embarazo y los diferentes niveles de apego al control prenatal, con respecto al nivel alto y medio, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 2.25 y un valor de $p=0.19$ para el nivel alto de apego y un valor de Chi cuadrado de 0.45 y valor de $p=0.55$ para el nivel medio de apego lo que nos indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones y un nivel alto y medio de apego, sin embargo al relacionar la presencia de complicaciones y el nivel bajo de control prenatal se obtuvo un valor de chi cuadrado 5.87 y una $p=0.01$ a favor de la ausencia de un nivel bajo y la presencia de complicaciones.

Recursos físicos y materiales.

Estarán constituidos por el área física y expediente clínico electrónico del paciente disponible en la Unidad de Medicina Familiar N° 66.

Se empleará material de oficina consistente en hojas blancas, bolígrafo de tinta negra, impresora de marca HP, y computadora para procesamiento y recolección de datos, recursos proporcionados por la UMF 66

RESULTADOS

En base a la población de estudio conformada por 103 pacientes, se encontró en relación al grupo de edad que la embarazada más joven contaba con 17 años y la de mayor edad con 39 años, con un promedio de 25.88 años y una desviación estándar de 5.78 años.

En cuanto a escolaridad en la población de las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta externa para su control prenatal de la unidad de medicina familiar No. 66, encontramos la siguiente distribución de las pacientes: 10 (10%) pacientes contaban con estudios de primaria, 48 (64%) pacientes con secundaria, 33(32%) pacientes con preparatoria y 12 (12%) pacientes eran profesionistas, cabe señalar que en esta población de estudio no se encontraron pacientes analfabetas.

En relación a la clasificación de riesgo obstétrico, se encontró que de las 103 mujeres estudiadas 21 (20%) se clasificaron con alto riesgo en base a los factores y o características identificados según la Guía Práctica Clínica y 82 (80%) fueron de bajo riesgo.

Al analizar la oportunidad de la atención a la mujer embarazada se encontró que 66 mujeres embarazadas es decir el 64% tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación (atención oportuna) en tanto 37 (34%) mujeres tuvieron su primera atención después de la semana 12 de gestación. Gráfica No. 1

De acuerdo a la frecuencia en el cumplimiento de las citas de control prenatal, se encontró que 86 mujeres (83%) cumplieron con cinco citas de control prenatal y 17 (17%) no alcanzaron el indicador de 5 consultas prenatales.

En relación a la atención por el equipo multidisciplinario 78 mujeres embarazadas es decir el 76% acudieron a por lo menos 2 departamentos en el primer nivel de atención (trabajo social, dental, Módulo de enfermería y nutrición) en tanto 25 (24%) sólo acudieron con médico familiar.

Para analizar el nivel de control prenatal en relación a la oportunidad de la atención, a las cinco consultas prenatales y la atención por el equipo multidisciplinario los resultados mostraron que 65 (63%) de las mujeres tuvieron un nivel de control prenatal alto, 15 (15%) un nivel medio y 23 (22%) un nivel de cumplimiento bajo. Tabla No. 1

En base al análisis de la variable dependiente, complicaciones maternas se encontró: que 34 mujeres es decir el 33% de las embarazadas no presentaron complicación alguna y 69 (67%) presentaron complicaciones, con la frecuencia que a continuación se describe: 3 (4%) mujeres con preeclampsia, 7 (10%) con Diabetes Mellitus Gestacional, 4 (6%) con parto prematuro, 50(73%) con infecciones: cistitis, cervicovaginitis y bacteriuria asintomática; 5(7.2%) con sangrados trasvaginal del primer trimestre. Gráfica No. 2 y tabla No. 2

El resultado del análisis que consistió en utilizar el estadístico de Ji-cuadrada para la prueba de independencia en las variables de nivel de control prenatal y complicaciones maternas resultó con un valor del estadístico de prueba de 5.91 y un valor de $p=0.052$. En el sentido estricto del criterio de rechazo de la hipótesis nula, se concluye que se rechaza la hipótesis nula (el control prenatal y las complicaciones son eventos

independientes) debido a que el valor de $p = 0.05$, Por esta razón se considera que estas variables son dependientes. Sin embargo como se puede observar en el resultado la decisión de rechazo o no rechazo de esta hipótesis se ubicó en los límites de esta decisión. Como consecuencia de este resultado se recomienda que un estudio similar se realice incrementando el tamaño de muestra y se permita definir con claridad la dependencia o no dependencia de estas dos variables. Tabla No. 3 y 4

Tabla No.1

Nivel de Control Prenatal Oportuno

Nivel de Control Prenatal Oportuno			Total
Alto	Medio	Bajo	
65	15	23	103
63%	15%	22%	100.00%

Fuente: Cédula de captura

Tabla No.2

Tipos de Complicaciones en Embarazadas de la UMF No. 66

Tipos de Complicaciones en Embarazadas de la UMF No. 66				
Preeclampsia	Diabetes Mellitus	Parto prematuro	Infecciones	Hemorragias
3	7	4	50	5

Fuente: Cédula de captura

Tabla No. 3

Complicaciones y Nivel de control prenatal.

	Nivel de Control Prenatal			
	Alto	Medio	Bajo	Total
Sin complicaciones	18	4	12	34
Con complicaciones	47	12	10	69
Total	65	16	22	103

Fuente: Cédula de captura

Tabla No. 4

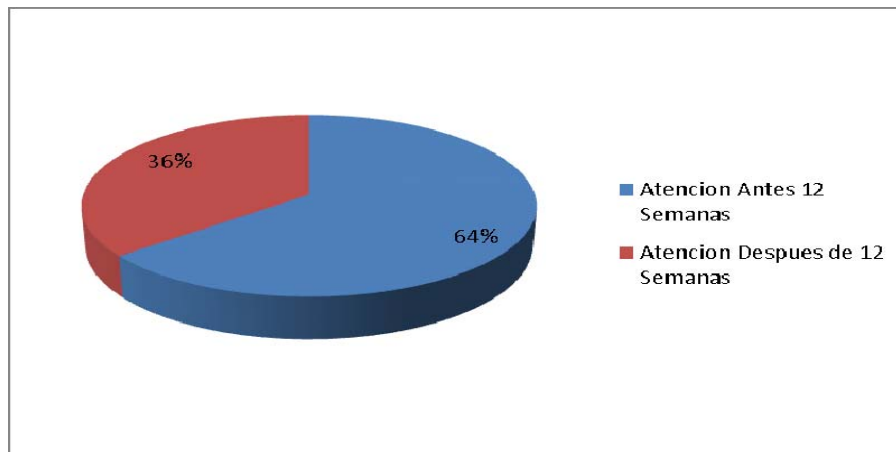
Nivel de control prenatal y tipo de complicaciones

Nivel de Apego	Tipos de Complicaciones				
	Preeclampsia	Diabetes Mellitus	Parto prematuro	Infecciones	Hemorragias
Alto	1	5	3	34	4
Medio	1	2	1	7	1
Bajo	1	0	0	9	0

Fuente: Cédula de captura

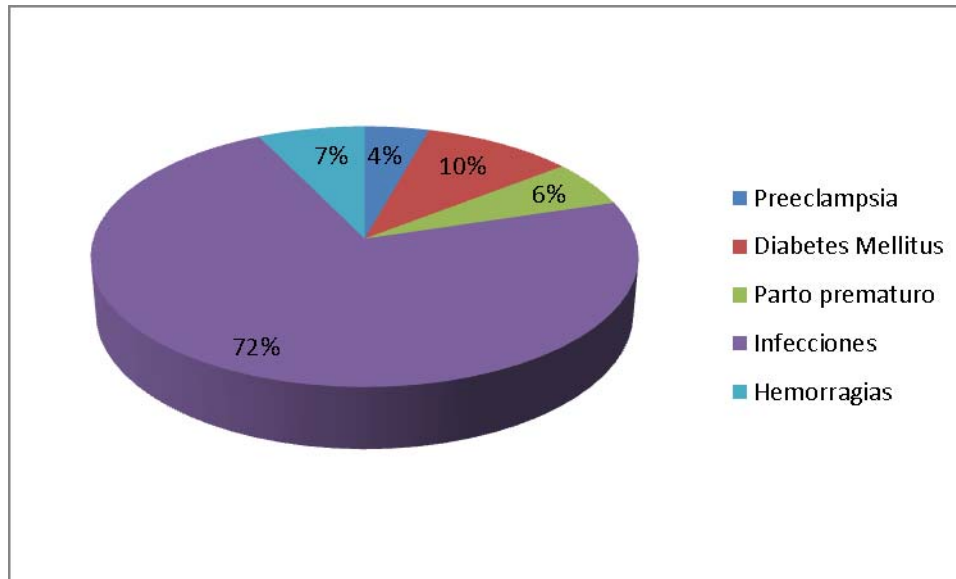
Grafica No. 1

Control prenatal oportuno



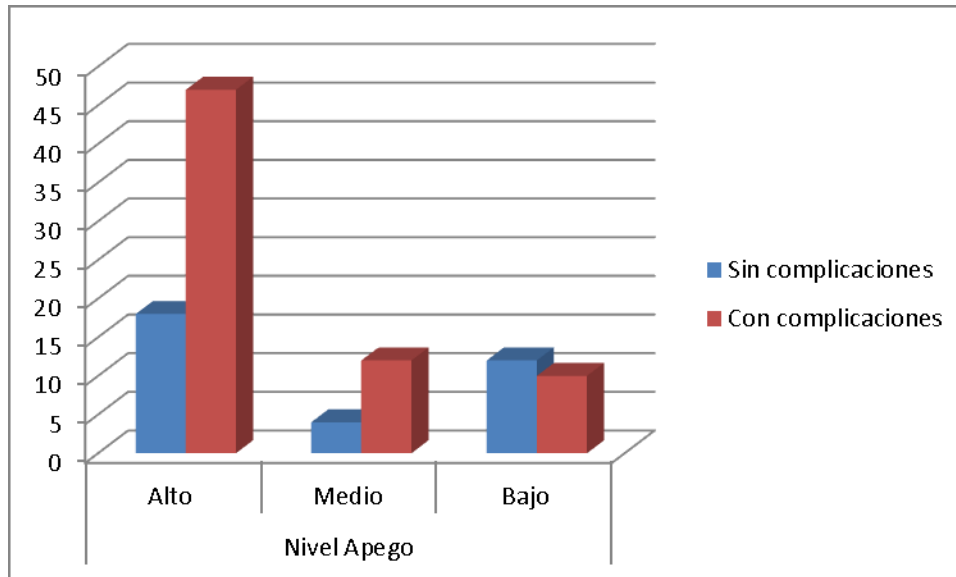
Grafica No. 2

Frecuencia de Complicaciones en embarazadas de la UMF No. 66



Gráfica No. 3

Nivel de control prenatal y complicaciones



DISCUSION

Se puede decir que el control prenatal es una herramienta muy útil para el cuidado de la salud materna durante el embarazo. Debemos considerar al control prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer.

El objetivo principal de este estudio fue establecer relación del control prenatal adecuado con las complicaciones maternas, se debe tomar en cuenta que en muchas ocasiones las mujeres reciben su primer examen integral de salud precisamente durante el control prenatal. Además de un total de 103 pacientes embarazadas se concluyó que la paciente más joven tenía 17 años y la de mayor edad 39 años; un 64% de mujeres embarazadas tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación, y un 34% tuvieron su primera atención después de la semana 12 de gestación. En relación al cumplimiento de las citas de control prenatal, se encontró que un 83% cumplieron con cinco citas de control prenatal y 17% no alcanzaron el indicador de 5 consultas prenatales, en relación a la atención por el equipo multidisciplinario se encontró que un 76% acudieron a por lo menos 2 departamentos en el primer nivel de atención, y un 24% sólo acudieron con médico familiar.

Al analizar el nivel de control prenatal en relación al cumplimiento en la oportunidad de la atención, cinco consultas prenatales y atención del equipo multidisciplinario se encontró que 63% de las mujeres tuvieron un nivel de cumplimiento alto, 15 (15%) un nivel medio y 23 (22%) un nivel de cumplimiento bajo.

En cuanto a las complicaciones maternas en este estudio se encontró: que el 33% de las embarazadas no presentaron complicación alguna y 67% presentaron

Complicaciones, con la frecuencia que a continuación se describe: 3 4% mujeres con preeclampsia, 10% con Diabetes Mellitus Gestacional, 6% con parto prematuro, 73% con infecciones entre las que destacan cistitis, cervicovaginitis y bacteriuria Asintomática; 7.2% con sangrados trasvaginal del primer trimestre.

CONCLUSIONES

En base a los resultados analizados se concluye que la presencia de complicaciones maternas en mujeres embarazadas de la UMF No. 66 se relacionan con el control prenatal adecuado (nivel de cumplimiento alto y medio), es decir el control prenatal y la presencia de complicaciones en el embarazo son variables dependientes.

El 78% de las mujeres embarazadas presentaron un control prenatal adecuado, en donde 63% tuvieron un nivel de cumplimiento alto y 15% un nivel de cumplimiento medio.

De las 80 mujeres con un control prenatal adecuado (nivel de cumplimiento alto y medio) el 72% presentaron complicaciones, siendo las infecciones (cistitis, cervicovaginitis y bacteriuria asintomática) la complicación más frecuente.

En base a la población estudiada y a los resultados obtenidos, en donde la hipótesis nula se ubicó en los límites de rechazo, recomendamos que se debe de incrementar el tamaño de muestra para definir la dependencia o no entre la presencia de complicaciones maternas y el control prenatal adecuado, en sus diferentes niveles de cumplimiento.

En relación a la clasificación de riesgo obstétrico, se encontró que de las 103 mujeres estudiadas 21 (20%) se clasificaron con alto riesgo en base a los factores y o características identificados según la Guía Práctica Clínica y 82 (80%) fueron de bajo riesgo.

En cuanto a control prenatal referido a atención oportuna se observó que 66 mujeres embarazadas (64%) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 12 semanas de

Gestación, en tanto 37 mujeres (34%) tuvieron su primera atención después de la semana 12 de gestación. En base a la frecuencia en el cumplimiento de las citas de control prenatal, se encontró que 86 mujeres (83%) cumplieron con cinco citas de control prenatal y 17 (17%) no alcanzaron el indicador de 5 consultas prenatales.

El estudio realizado es de suma importancia para la práctica de la medicina familiar ya que los médicos de primer nivel son el primer contacto con la mujer embarazada y son los encargados de llevar a cabo el control prenatal y detectar las diferentes complicaciones que se puedan presentar y de esta forma poder prevenirlas y en caso necesario derivarlas a un segundo nivel para su manejo.

BIBLIOGRAFIA

1.-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3. 2011

<http://www.salud.gob.mx/unidadescdi/nom/007ssa23>.

2.-Villar J. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Grupo de investigación del estudio de control prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud 2008.

3.-Alfaro AN, Maldonado AR, Guzmán SA, Mendoza RP, Balcázar PN, Valadez-FI. Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas. Revista Médica IMSS 2002; 40(5):415-419

4.- Cáceres MFM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2009;60:165-170

5.- Freyermuth G, Villalobos VI, Arguello H, De la Torre H. Urgencia Obstetricia y saber popular en Tenejapa, Chiapas Perinatología reproducción Humana 2006; 20:60-68.

6.- Doñoso SE, Reducción de la Mortalidad Materna en Chile. Revista Panamericana de Salud, 2004,326-30.

7.-Freyermuth G., Meléndez, y Meneses S. "Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción", Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, Red Social para disminuir la mortalidad materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, febrero 2008.

8.-Sesia P, Freyermupth G. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.
<http://maternidadsinriesgos.org/web>

9.- Díaz LA, Cáceres FM, Becerra CH, Uscátegui AM. Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucaramanga 1999.MedUNAB 2000; 3:5-16

10. - Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* 2006; 10:S29-S35.
- 11.- Ybaseta MJ, Factores de riesgo asociado a mortalidad materna en la región Ica de Perú. *Revista Médica panacea* 2011; 1(1)
- 12.- Organización panamericana de la salud/organización mundial de la salud. *Prevención de la mortalidad materna en las Américas*. Washington, D.C. OMS 1992.
- 13.-Castillo AIY, Arias CLS, Cueto PEY, Ledesma BY, Luna GTM, Morón ML, Pérez AMP. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011, ANEC, Enero 2012; 29-32
14. - David V, Ochoa J, *Maternal Mortality in Honduras*
- 15.- Organización Mundial de la Salud documento de referencia sobre estudio y prevención de la mortalidad materna. Fascículo 1 Washington, D.C.OMS 2007
- 16.- Donoso E, Villarreal L. Edad Materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista Médica Chile* 2003; 1301:559
- 17.-Hernández AE, Guzmán HM, García CR, Ahued AJ. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? *Ginecología Obstetricia México* 2002; 70:607-612.
- 18.- Pacheco J .Parto. Pretermino: tratamiento y las evidencias. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2008;54;24-32
- 19.-Salvador J, Cano-SG, Rodríguez SM, Villalbí JR, Cunillé M, Ricart M, et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en control del Embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). *Gaceta Sanitaria*, 2007; 21:378-83.
- 20.-Organización mundial de la salud. *Clasificación internacional de enfermedades*. Novena revisión. México, DF: OMS; 2008
- 21.-Sancez NHR, Pérez TG, Pérez RP. Vázquez NF, impacto del control prenatal en la Morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Médica IMSS*, 2005; 43 (5):377-380.

- 22.- Mendoza FME, Sánchez JB, García Cardona Mercedes, Ávila RH. Morbilidad percibida y control prenatal. *Perinatología reproducción humana* 2002; 16: 26-34
- 23.-Gustavo RG, López RJI. *Ginecología Obstetricia México* 2006; 7349-53
- 24.-Velazquez PG, Vega MG, Martínez MML. Morbilidad y Mortalidad Neonatal asociada a la diabetes gestacional. *Rev. Chilena Obstetricia ginecología* 2010, 75 (1):35-41.
- 25.-Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de salud; 2008.
- 26.-Pontificia universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control prenatal. Visitado 2009. Ene 21. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/controlprenatal.html>
- 27.-Caceres FM, Díaz LA. Mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia 1994-2004. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58:99-107.
- 28.-Republica de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad Materna, 2007
- 29.-Pacora P, Romero R. El parto pretérmino y el nacimiento prematuro En: Pacheco J (editor). *Ginecología, Obstetricia y reproducción*. Lima; REP SAC, 2007; 1244-67
- 30.-HaasDM: Preterm birth. *BMJ Clinical Evidence*. 2 de Junio 2008. Disponible en: http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/pac/1404/1404_background.jsp. obtenido el 30 de junio del 2008
- 31.-Cano-Serral G, Rodriguez-Sanz M, Borrel C, Perez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo *Gac Sanit* 2006;20:25-30.
- 32.-Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012; 15

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66



TITULO DEL ESTUDIO : CONTROL PRENATAL ADECUADO Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MATERNAS EN LA UMF NO. 66

No.	Nombre	No. de seguro social	Edad	Atención oportuna (antes de 12 sem) 1= Presente 2= Ausente	Cumplir x lo menos 5 consultas: 1= Cumple 2=No cumple	Atención por equipo multidisciplinario: 1= Presente 2= Ausente	Nivel de control prenatal: 1= Alto (cumple 3 criterios) 2= Medio (cumple 2 criterios) 3= Bajo (cumple 1 criterio)	Complicaciones: 1= Preeclampsia 2= Diabetes Gest. 3= Parto prematuro 4= Infecciones 5= Hemorragias 6= sin complicaciones 8 = Otra
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								