



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 9

**“APEGO A CRITERIOS DE REFERENCIA DE LA GPC PARA LA ATENCIÓN DE
LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF 9”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
DRA. ITALIA ROBLES TOMÁS

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

REGISTRO: R-2013-1101-21

ACAPULCO GUERRERO ENERO 2015

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
COORDINACION DELEGACIONAL EN SALUD

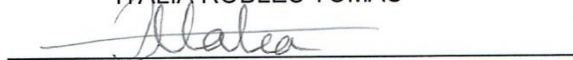
"APEGO A CRITERIOS DE REFERENCIA DE LA GPC PARA LA ATENCIÓN DE
LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF 9"

DIRECTOR DE TESIS

DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Amador Rios Oliveros', written over a horizontal line.

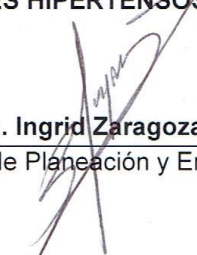
ITALIA ROBLES TOMAS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Italia Robles Tomas', written over a horizontal line.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

**AUTOCUIDADO ASOCIADO AL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF 9.**

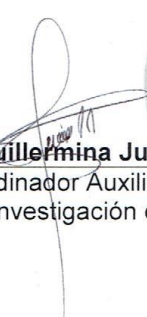

Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional


Dr. Francisco Barbosa Castañeda

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud




Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud


Dra. Virginia Palacios Castillo

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar

72 AÑOS
DE HISTORIA



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101
U MED FAMILIAR NUM 9; GUERRERO

FECHA 19/08/2013

MTRO. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"APEGO A CRITERIOS DE REFERENCIA DE LA GPC PARA LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF 9"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1101-21

ATENTAMENTE


DR. (A) MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

IMSS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el creador supremo, cuya sabiduría nos coloca donde debemos estar, sin duda es el responsable de poner ángeles en mi camino.

A cada uno de los médicos especialista que compartieron sus conocimientos y se esforzaron por nuestra adecuada formación académica y humanitaria.

A mi mamá: mujer amorosa y ejemplo de fortaleza, a mi papá: por brindarme su confianza y seguridad, a mis segundo padres: Chencho y Chivis cuyo infinito amor y cuidado guiaron, en mi ausencia, al ser más maravilloso e importante en mi vida.

A mi hijo por su paciencia y comprensión, por los momentos de calidad y alegría que vivimos adaptándonos a la distancia.

A mis hermanos: Denia, Sandy y Toño. Por ser, estar y compartir.

A mis 18 compañeros, aliados en esta aventura: a Vane por su incomparable amistad, a Vero por su ejemplo de disciplina e intelectualidad, a Sobe por su caballerosidad, a Paco por su apoyo, a Octavio por ser un gran ejemplo, a Chel por su amistad y solidaridad, a Balta por su liderazgo, a Angy por su ejemplo de entereza, a Deya por su carisma, a Naye por su sociabilidad, Gaby por su gentileza, a Diego y Brenda: por su espíritu altruistas, Zozimo y Perfecto por su formalidad, a Chinito por ser buen compañero, Ely por su organización y Jaz por su fortaleza.

A mis amigos: Pau por su buena vibra, Alo por su paciencia, Candy por ser, Moso por estar, Moy por su valiosa amistad, Jacky por sus consejos, Rubi por sus bendiciones, Olga por las pláticas interminables, Reyna por su presencia, Ime por su gran amistad, Eren por su valor, Cesar por adoptarnos, Sergio por su ecuanimidad, Jessi por su amistad, Adri por hacerme sentir en casa.

A cada uno de mis pacientes quienes depositaron su confianza en mis manos y me hacen aprender de cada uno.

Tanta gente y tan poco espacio... Gracias

DEDICATORIA

A mi hijo

Jesús Emmanuel Mendoza Robles

Cuyo amor infinito hace todo posible

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo 1	1 Resumen.....	8
Capítulo 2	2 Introducción.....	9
Capítulo 3	3 Marco Teórico.....	10
	3.1 Planteamiento del problema.....	25
	3.2 Justificación.....	28
	3.3 Objetivo.....	28
	3.4 Objetivo General.....	28
	3.5 Objetivos Específicos.....	28
Capítulo 4	4. Metodología.....	29
	4.1Tipo de estudio.....	29
	4.2 Población de estudio.....	29
	4.3 Tamaño de la muestra.....	29
	4.4 Método de muestreo.....	29
	4.5 Selección de la población.....	29
	4.6 Criterios de Inclusión.....	29
	4.7 Criterios de Exclusión.....	29
	4.8 Variables.....	30
	4.9 Descripción operacional de variables.....	30
	4.10 Organización generacional del estudio.....	31
	4.11 Plan de análisis de datos.....	31
	4.12 Instrumento de medición.....	31
	4.13 Aspectos éticos.....	31
Capítulo 5	5 Resultados.....	33
Capítulo 6	6. Discusión.....	42
Capítulo 7	7. Conclusiones.....	45
Capítulo 8	8. Recomendaciones.....	46
Capítulo 9	9. Referencias.....	47
Anexos	1 Consentimiento informado	52
	2 Cuestionario.....	53

1. RESUMEN

“APEGO A CRITERIOS DE REFERENCIA DE LA GPC PARA LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF 9”

Antecedentes: La GPC (Guía de Práctica Clínica) sirve de referencia para tomar decisiones clínicas basadas en las mejores evidencias disponibles internacionalmente.

Objetivo: Evaluar el apego a criterios de referencia de la GPC para la atención de las mujeres embarazadas de la UMF (Unidad de Medicina familiar) No. 9 Delegación Guerrero. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal descriptivo; se estudiaron 348 embarazadas y se revisaron sus respectivos expedientes que fueron referidas al segundo nivel para valoración, durante el periodo de enero a marzo del 2014. Las notas médicas se confrontaron con criterios propuestos por la GPC control prenatal con enfoque de riesgo. Se utilizó el paquete estadístico EpiData y CIEP – map: frecuencias simples, rangos, desviación estándar.

Resultados: De la población estudiada el 55.2% (195/438) según la escala cursaba con alto riesgo. Las mujeres que fueron enviadas por el médico familiar cumpliendo con apego a los criterios de referencia con enfoque de riesgo que marca la GPC fue el 54.1% (188/438), el criterio de comorbilidades se envía en una frecuencia de 6.6% (23/438).

Conclusiones: El médico familiar envía un poco más de la mitad de la población al 2do nivel con enfoque de riesgo, sin embargo, no todo el porcentaje, que cumple criterios se envían oportunamente, además existen comorbilidades como aborto habitual, presencia de VPH, Dengue, entre otras; que por clínica deberían ser enviadas y la GPC no las contempla, por lo que el médico de esta Delegación toma su criterio clínico para la referencia y no se apega a la normativa.

2. INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se caracteriza por brindar atención médica con profesionalismo y calidad, basándose en estrategias para actualizar al personal médico. Las instituciones de salud, en conjunto han elaborado guías de práctica clínica (GPC) como herramientas para provisión y gestión de los servicios y programas estratégicos para su utilización. El uso de la GPC mejora la calidad en la atención médica, unifica criterios médicos, organiza eficientemente los recursos, disminuye el rezago en la información y tecnología, apoya las decisiones médicas a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica, buscando incluir los últimos avances con criterios de costo-efectividad.

El apego a las GPC garantizan una adecuada atención médica en diversos padecimientos; considerando específicamente la atención prenatal, es importante señalar que los daños obstétricos y el peligro para la salud materno-infantil pueden ser detectados, prevenidos y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normativos con enfoque de riesgo; los criterios de referencia de la GPC optimizan recursos, garantizan una adecuada toma de decisiones, ofrecen mejor atención a las mujeres embarazadas y valoran oportunamente a quienes requieran envío a otro nivel de atención.

No existe un estudio que evalúe el apego a los criterios de referencia de la guía control prenatal con enfoque de riesgo, que se incluyen como motivo de interconsulta o referencia.

3. MARCO TEÓRICO

Guías de Práctica Clínica:

A nivel mundial existen GPC (Guía de Práctica Clínica) con características acorde a las condiciones demográficas, sociales, culturales y fisiológicas de la población a la cual son aplicadas y a las características generales de la institución que las aplica. ¹

En México, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, ha reunido a través de un Catálogo Maestro una gran cantidad de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia, las cuales han sido elaboradas por grupos de trabajo de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud de México (como la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF y PEMEX), con el fin de favorecer la toma de decisiones clínicas y así contribuir a la calidad de atención médica. ²

Para lograr la introducción de la GPC en los tres niveles de atención del IMSS se requiere estrategias de difusión e implementación que permitan la transformación y la innovación, acorde a las necesidades y demandas de los derechohabientes; así como la participación activa de los profesionales en los procesos clínicos. ³

Las GPC son un valioso instrumento que mejora la calidad de atención médica, unifica los criterios médicos, optimiza recursos y tecnologías, controla costos, promueve la excelencia clínica a nivel mundial, favoreciendo la práctica de una medicina efectiva y eficiente, como menciona Casas (México, 2009) es un instrumento relativamente nuevo que se utiliza como auxiliar en la atención y justifica que no existan estudios recientes que evalúen su contenido. ⁴

Las GPC son un instrumento importante en la implementación de estrategias de educación continua, como confirma Torres Arreola en México en el 2010, comenta que las GPC facilitan la comunicación médico paciente, simplifican la atención médica a una práctica coherente enfocada a mejora de la calidad de la atención, su uso puede mejorar el pronóstico, la calidad de vida, además de disminuir las complicaciones y los costos. Cuando son utilizadas de manera efectiva cambian el proceso de atención y mejoran los

resultados en salud. Por su parte Espinosa Brito en el 2009 en Perú recapitula las ventajas de las GPC como instrumentos que permiten un equilibrio entre los médicos, los administradores y los políticos; Comenta los criterios de consenso que se incluyen en las guías, favorece la implantación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos apropiados basados en análisis para juzgar los beneficios esperados en cada caso, momento y lugar para adaptar las guías con experiencias nacionales a situaciones locales.^{5,6}

Las GPC: favorecen el respeto a la autonomía de los profesionales en la toma de decisiones clínicas y/o las diferentes características de pacientes o centros sanitarios. Su aplicación conlleva la utilización adecuada del mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico para la circunstancia clínica en que esté indicada. Permite evaluar la calidad asistencial o determinar criterios de buena praxis. Ayuda a profesionales y usuarios en situaciones donde la asimilación de los nuevos conocimientos sea difícil, como consecuencia del elevado número de publicaciones, complejidad metodológica de los estudios y sesgos de la publicación. Ayuda para evitar falsas presunciones respecto al diagnóstico y tratamiento de determinadas condiciones clínicas.⁷

La GPC con enfoque de riesgo tiene la finalidad de propiciar la atención prenatal con la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales, favoreciendo seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo al bienestar de la comunidad que constituye el objetivo central de los servicios de salud. Tomando en cuenta los criterios de referencia de la GPC con enfoque de riesgo, podremos favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, mejorando la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida, así como la opción de brindar una atención con mayor calidez. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria.⁸

Apego a las GPC

La calidad de la atención se genera a partir de la adherencia a estandarización de los procesos y la evaluación final de los resultados por medio de indicadores para tomar medidas como acciones correctivas y preventivas que llevan al mejoramiento continuo de la calidad. Como refiere Guevara López en México en el 2013, el apego a las Guías de Práctica clínica además de ser convenientes es considerado como un importante indicador de la calidad de la atención.⁹

Es importante el conocimiento adecuado de las normas de atención por parte del personal que está en contacto con las embarazadas, es importante estudiar el entorno familiar en el que se desarrollará la gestación detectando factores de riesgo es necesario investigaciones que evalúen la calidad de la atención prenatal ¹⁰

El apego a las GPC demuestra gran eficacia y efectividad, es apoyado por Pluma Vázquez en el 2012, en México demuestra que pegarse a los esquemas de tratamiento de la guía son mayormente eficaces que otros tratamientos, apoyado por Pérez Cuevas en el 2006 en México demuestra efectividad clínica cuando hay adecuado apego a la GPC. ^{11,12}

Control prenatal y factores de riesgo

La muerte materna es un asunto que rebasa el ámbito de salud y alcanza incluso los derechos humanos y la justicia social; tiene repercusiones negativas de orden económico y social para la familia, la comunidad y la nación. De hecho, constituye uno de los indicadores de desarrollo social. La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo no puede ser agrupada o comparada con otros problemas de salud, ya que no es una enfermedad. Entre las acciones de salud en diversos países se contempla detección temprana de los factores de riesgo durante el control prenatal. En la Conferencia del 4 de noviembre de 2003 en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO 2003, 5 se comentaron las tasas que la Organización Mundial de la Salud informó en 1995. Se indicaron cuatro retrasos en la atención materna que influyen en los índices de mortalidad: a) en conocer los signos y síntomas de las complicaciones

b) en asistir a un centro de atención en salud cuando la gestante presenta complicaciones
c) en la prestación de los servicios de urgencias por parte de los prestadores de salud d)
en la prestación de servicios de calidad.¹³

El control prenatal, es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza. El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.¹

Entre los objetivos del CPN se encuentran: diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza. Además de los riesgos biológicos, se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación. De este modo, con el CPN se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: hemorragia, infecciones, preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo. Por el otro lado, la morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria. Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte desencadenando otros problemas. Por ejemplo, cuando mueren las madres, sus hijos menores tienen, como consecuencia, mayor probabilidad de morir; lo mismo ocurre cuando las madres presentan morbilidad obstétrica severa. Es por esto que la adherencia al CPN es tan importante. ¹

Por consiguiente, el logro del objetivo, el cual consiste en preparar a la mujer para la

maternidad y la crianza, se fundamenta en la promoción de la salud. El CPN brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables.¹

Blanca Hernández Leyva et al, en el 2012 En México analiza que la mayoría de los factores de riesgo para la salud de la madre pueden ser identificados durante la atención prenatal; la mayoría prevenibles por medio de acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas que favorecerán resultados deseables en la salud materna. Concluye que la GPC otorga recomendaciones para la atención prenatal, la identificación, tratamiento y criterios de referencia a otros niveles de atención ante complicaciones del embarazo.¹⁴

El proceso de reproducción humana se ha tratado tradicionalmente con un enfoque materno-infantil; sobre esta base se ha trabajado desde hace décadas y se han introducido nuevos recursos y métodos con el fin de promover el bienestar de la mujer y de su futura descendencia, basado en la promoción de salud, la evaluación del riesgo reproductivo y las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades descubiertas; todo ello, unido a la preocupación por los problemas médicos y psicosociales, genera un mayor interés de los esfuerzos preventivos basados en el enfoque de riesgo. La aplicación de este enfoque en el campo de la reproducción humana condujo al concepto de riesgo reproductivo, el cual se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido. Estos conceptos se enuncian por primera vez de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en 1972. Desde ese momento, se continúa utilizando hasta la actualidad.¹⁵

El enfoque de riesgo reproductivo es una cadena o secuencia causal. Un factor de riesgo es un eslabón de asociaciones que da lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que afecten la calidad de vida en el futuro. El riesgo obstétrico sigue siendo el centro de atención de la Perinatología contemporánea. Históricamente se ha asociado con un mayor índice de mortalidad, morbilidad y secuelas del neurodesarrollo. Por otra parte, a pesar de su amplio uso, la mayoría de las tecnologías obstétricas relacionadas con la disminución de este parecen haber tenido poco impacto,

porque su incidencia continúa en aumento. Es por ello que en el último decenio, la mayoría de los estudiosos del tema enfatizan en la prevención primaria con la determinación y clasificación adecuada del riesgo durante la gestación, mucho antes de que se inicie el trabajo de parto; al identificar los factores que influyen en él, se realiza una primera aproximación a la solución del problema, pues ello debe ir seguido de la búsqueda y consecución de medidas para el control de tales factores. ¹⁵

En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: 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 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación. El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal ¹⁶

La atención prenatal se ha constituido como una de las prioridades en la prestación de servicios de salud. En México seis de cada diez partos son atendidos en instituciones del sector público. La atención prenatal ofrece la posibilidad de reducir la morbilidad 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 prematuridad y en la disminución de costos en la atención de cuidados intensivos neonatales ¹⁷

Según la NOM 007 la unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención). Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: - elaboración de historia clínica; - identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales); - medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; - medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración; - valoración del riesgo obstétrico; - valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; - determinación de biometría hemática

completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); - determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; - examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; - detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; - prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; - prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); - aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; - orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; - promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; - promoción de la lactancia materna exclusiva; - promoción y orientación sobre planificación familiar; - medidas de autocuidado de la salud; - establecimiento del diagnóstico integral. Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.¹⁸

En su mayoría los factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal; muchos son prevenibles o modificables por medio de la supresión del riesgo o por acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas que favorecerán resultados deseables en la salud materno-infantil. Para facilitar esta tarea al médico familiar y a la enfermera materno-infantil se construyó una guía clínica sustentada en evidencia, con el objetivo de otorgar recomendaciones para la atención prenatal y la identificación, tratamiento y criterios de referencia a otros niveles de atención ante complicaciones del embarazo.¹⁹

No existen estudios específicos que hayan explorado a nivel de la capacitación del médico de primer nivel de atención en relación al apego a los criterios de referencia de la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo hasta hace poco tiempo, Escobar-Carmona, en México 2010, realizó por primera vez una evaluación al apego de la GPC “control prenatal con enfoque de riesgo” evaluando al personal médico con la cédula de verificación evaluando: Promoción a la Salud, Pruebas Específicas Factores de Riesgo y Vigilancia prenatal, Pruebas Diagnósticas, Vigilancia y Seguimiento, y Criterios técnicos médicos de Referencia. El apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo se considera malo con promedio de 60.75. El 94% de los expedientes tuvieron referencia adecuada, contrastando, la vigilancia de factores de riesgo en el 83% se realizó inadecuadamente.²⁰

El embarazo de alto riesgo, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, es: “aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”.²¹

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.²²

Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. La obstetricia actual ha logrado grandes éxitos en la reducción de la morbilidad materna, por lo que se ha centrado la atención en los aspectos fetales y

neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables. Consejo preconcepcional y la evaluación del riesgo materno-perinatal para reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal.²³

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.²³

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%.²³

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5.²³

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.²³

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y

entre población rural y urbana.²³

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.²³

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo.²³

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), los abortos peligrosos. Las demás son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo. La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren cerca de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer.²³

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.²³

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no

recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.²³

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.²³

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.²³

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.²³

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.²³

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales.²³

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.²³

La mejora de la salud materna es una de las principales prioridades de la OMS, que está tratando de reducir la mortalidad materna ofreciendo orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos, fijando normas mundiales y prestando apoyo técnico a los Estados Miembros.²³

Además, la OMS aboga por tratamientos más asequibles y eficaces, elabora materiales didácticos y directrices para los profesionales sanitarios, y presta apoyo a los países para que ejecuten políticas y programas y efectúen un seguimiento de los progresos.²³

Durante 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 la salud de las mujeres y los niños cuyo objetivo es salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los próximos cuatro años. La OMS está colaborando con los asociados para alcanzar este objetivo²⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores de la terminación del embarazo, independientemente de la duración, circunstancias o causas relacionadas con el embarazo y su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁴

A pesar de que la razón de muerte materna entre 1990 y 2005 ha disminuido en México de 89 a 63 por cada 100 mil nacidos, todavía se está lejos de alcanzar la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (odm) de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa que este indicador se debe disminuir a 22 por cada 100 mil nacidos vivos para 2015.²⁵

En Guerrero, muchos de estos factores están presentes y se agudizan: desde hace varios lustros, el estado se encuentra entre los tres más pobres del país; más de tres cuartas partes de su población es no derechohabiente (76.3%) , la “nadahabencia” se concentra en la población rural (el 42.44% de la población estatal habita en localidades de 2,500

habitantes o menos) e indígena (en conjunto, los cuatro pueblos indígenas de Guerrero representan el 16.91% del total estatal) y en las zonas urbanas marginadas. Los rezagos son mayores para las mujeres: 28% de las guerrerenses sólo hablan una lengua indígena, 23% son analfabetas; los bajos índices de escolaridad también afectan mayormente a las mujeres: 54% de las madres que habitan municipios con alta presencia indígena carecen de estudios o no tienen primaria completa. El estado aún sufre más rezagos: su tasa media de fecundidad es superior a la del país (2.42% en el estado frente a 2.10% en México), lo cual no necesariamente indica que las guerrerenses deseen tener más hijos, sino que hay altos índices de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (24% en el estado, la media nacional es de 7.9%) y en zonas indígenas llega a ser el primer lugar.²⁵

A los factores socioeconómicos que propician mayores riesgos durante el proceso reproductivo, se suman las limitaciones del sistema público de salud para población abierta: el alto porcentaje de partos atendidos por parteras o enfermeras y de partos que ocurren en casa (alrededor del 50% del total estatal, en regiones indígenas sube al 77%) indica la cobertura insuficiente en servicios de salud por parte de las instituciones oficiales. Pero no sólo es ése el problema, decenas de testimonios de mujeres, parteras, promotoras de salud y enfermeras evidencian la escasez de medicamentos, de personal médico y de infraestructura hospitalaria; horarios restringidos de atención a las y los usuarios, lentitud para realizar estudios indispensables o urgentes de los que depende la salud o la vida de las embarazadas, cobro del parto pese a la gratuidad que se promete, trato irrespetuoso y discriminación a las mujeres pobres, rurales e indígenas; falta de reconocimiento y pago a las parteras; todos estos problemas son sólo botón de muestra de las deficiencias del sistema de salud.²⁵

Las instituciones públicas, en especial la Secretaría de Salud, tienen instancias y programas que incluyen específicamente la salud materna y la prevención de la muerte materna, como el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Programa Arranque Parejo en la Vida; en el plano estatal, la Coordinación de Salud Reproductiva y el Programa Mortalidad Materna que depende de éste. Además, tanto en el ámbito estatal como en las jurisdicciones y centros de atención de primero, segundo y

tercer nivel, hay prestadores de servicios y directivos sensibles al problema de la mortalidad materna, con un conocimiento amplio de éste y con una gran disposición para disminuirlo; sin embargo, aún hay muchos pendientes y rezagos que obligan a redoblar esfuerzos y a reflexionar sobre las debilidades y fallas, así como sobre los avances y fortalezas de la acción institucional.²⁵

La combinación de diversos factores da como resultado que, pese al subregistro superiores a la media nacional: más del doble de los estimados a nivel nacional (128/100 mil NVR en el estado frente a 60/100 mil NVR en el país), y que el estado ocupe o dispute el primer lugar en este negro indicador desde hace varios años. Una vez más, son las mujeres indígenas las que más riesgo corren durante el proceso reproductivo y justamente por eso, es en la Montaña, la Costa Chica y la región Centro, donde las tasas de mortalidad materna son más elevadas. No es casual que sean precisamente municipios rurales, con alta presencia indígena, de alta marginalidad y mínima derechohabencia, los que sufren más muertes; en ellos habitan los pueblos mixteco, tlapaneco, amuzgo, nahua y la población afro mestiza del estado. reconocido por especialistas e instituciones oficiales, los índices de muerte materna en Guerrero sean muy elevados.²⁶

Con respecto a las acciones realizadas por los servicios de salud con respecto a la mortalidad materna deben ser evaluadas para el mejoramiento de las acciones como lo que queremos realizar en el presente trabajo, la evaluación y la investigación evaluativa. La evaluación es una herramienta que permite verificar el cumplimiento de los estándares que aseguren la calidad como punto de partida para la mejora continua. De forma general la Organización para la Cooperación y el desarrollo define a la evaluación como el proceso mediante el cual se determina el valor o significación de una actividad política o programa. Es una apreciación tan sistemática y objetiva como sea posible, de una intervención planeada, en curso o concluida. La evaluación de la calidad en salud, es un juicio para determinar si la atención médica tiene dicha propiedad y en qué medida lo tiene.²⁷

Donabedian hace referencia a la evaluación de la calidad como aquellas actividades que continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona la

atención médica, la cual es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias.²⁸

Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención brindada por los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad mediante actividades continuas de revisión interna y de observación de los métodos de examen y tratamiento.²⁹

Un aspecto fundamental en cuanto a la atención médica es el hecho de que no puede haber mejoría de la calidad de atención sino existe un sistema que permita determinar su nivel y el impacto que esta misma atención ha tenido.³⁰

La investigación evaluación define el termino evaluar como emitir un juicio, basado en criterios y normas, sobre una actividad o un resultado; es un medio sistemático para aprender empíricamente y mejorar las actividades actuales y futuras.³¹

La evaluación tiene cuatro propósitos, 1 éticos para generar reportes dirigidos o tomadores de decisiones y ciudadanos, permite la transparencia y la rendición de cuentas. 2 gerenciales, dirigidos a mejorar el manejo de los recursos 3 toma de decisiones al proporcionar evidencia para decidir la continuación, finalización o cambio de una política o un programa. 4 capacitación y motivación en este punto la mejora organizaciones, al dialogo y la cooperación entre actores incrementa la comprensión y el involucramiento entre los procesos y el logro de los objetivos.³²

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte materna se considera como indicador de desarrollo social se puede evitar, con una intervención adecuada cumpliendo con un adecuado control prenatal, calificando los factores de riesgo, para reducir la mortalidad. Objetivo se logrará con un adecuado control prenatal basado en la NOM 07 donde se contemplan las características que deben considerar en cada mujer embarazada

Se estima que durante el 2000 ocurrieron alrededor de 529,000 muertes maternas, La tasa global de muertes maternas por nacidos vivos (Razón de mortalidad materna) es de 400 por 100,000 nacidos vivos.

En México se embarazan 2.5 millones de mujeres y nacen 2.1 millones de niñas y niños. En el 2000, 370 mil mujeres embarazadas son atendidas por personal no calificado. 1,569 mujeres murieron en el 2000 por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 1,242 en 2005 y 1,166 en 2006.

Según el Censo del INEGI de 2012 Guerrero ocupa el segundo lugar a nivel nacional de más casos de mortalidad materna, con mayor énfasis en la región de la Montaña y dijo que en cuestión de muertes maternas por aborto, el estado se ubica en el sexto lugar en el país. Según las cifras de 2010, también del INEGI, las mujeres que abortaron y murieron son mayormente de 20 a 34 años, con 11.24%, seguidas de menores de 19 años con 6.26% en el estado.

Es de primordial importancia conocer que acciones se están implementando para disminuir la mortalidad materna en los servicios de salud, consideramos que la muerte materna es un problema multifactorial, para el IMSS la mejor manera de modificar los resultados adversos de una muerte materna es mejorando la calidad de la atención médica para lo cual contamos con las GPC como normativa institucional, Las GPC “control prenatal con enfoque de riesgo” nos puntualizan los criterios de referencia hacia el segundo nivel de atención para mujeres embarazadas atendidas en las UMF (Unidades de Medicina Familiar).

No se cuenta con estadísticas que reporten en apego a los criterios de referencia de las

mujeres embarazadas atendidas en el primer nivel de atención que por su padecimiento es necesario apoyo diagnóstico o complementario por parte del servicio de Ginecología, de tal modo que no podemos evaluar si la atención complementaria fue correctamente seleccionada, minimizando en lo posible el empleo de recursos humanos y de infraestructura institucionales.

Considerando que el segundo nivel de atención no se exenta del desconocimiento de las GPC, es una necesidad evaluar si los criterios de referencia son apegados a dicha normativa, para cumplir con una atención de calidad. Suponiendo que el personal médico del primer y segundo nivel toma en cuenta los criterios de referencia podemos evaluar a largo plazo si la atención institucional nos lleva a reducir el número de complicaciones en embarazadas de alto riesgo, que podrían llevar a un buen término para su salud y la de su hijo.

Los médicos de primer nivel, estamos obligados a detectar los riesgos potenciales de toda mujer de edad fértil, así como llevar un control prenatal lo más completo posible y por supuesto referir con conocimiento científico y oportunamente a toda mujer embarazada con alto riesgo.

Tomando en cuenta todo lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe apego a los criterios de referencia de la GPC para la atención de las embarazadas de la UMF 9?

3.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación científica tiene como propósito resolver problemas de vacío de conocimiento, garantizar la producción de más conocimiento o alternativas de solución, dentro de nuestro estado no hay datos de investigaciones similares a las propuestas en este trabajo, No existen datos previas que evalúen la calidad de la atención: concretamente el apego a los criterios de referencia contenidos en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, por lo que se considera que el presente estudio aportará datos importantes para conocer el proceso de referencia oportuna, de tal modo identificar áreas de mejora en los procesos de atención a la mujer en periodo de embarazo, en esta Delegación.

La trascendencia que obtenemos a partir de evaluar el apego a la normatividad existente para la atención de la mujer embarazada, es mejorar la calidad de la atención, para el cumplimiento adecuado de con las indicaciones específicas de referencia, optimizando recursos y minimizando complicaciones.

En esta investigación nos enfocamos a la evaluación del control prenatal que llevan a cabo las unidades de primer nivel de atención para detectar envíos adecuados al nivel correspondiente.

Es necesario lograr la calidad de atención del personal médico para detectar y tratar oportuna y adecuadamente a un paciente y emprender la adecuación de los procesos organizacionales que sustenten la atención médica, para lo cual es importante la evaluación de estos procesos, misma que brinda información fiable y pertinente para la toma de decisiones.

Las características de las mujeres embarazadas nos reportaran ciertas particularidades para formular las estrategias de atención y envió directamente al servicio correspondiente. Sabiendo cuales son nuestras desventajas y nuestras fortalezas apoyaremos a la adición de particularidades que corresponden específicamente a nuestra entidad.

3.3 OBJETIVOS

2.4 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el apego de los criterios de referencia de la GPC para la atención de las mujeres embarazadas de la UMF 09

2.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar las poblaciones de mujeres referidas de la Unidad de Medicina Familiar al Hospital Regional Vicente Guerrero:
 - Calculo del predominio de edad,
 - somatometria,
 - antecedentes gineco-obstétricos,
 - comorbilidades,
 - motivos de referencia
 - cumple o no criterios de referencia de la GPC
 - calificación del riesgo obstétrico

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: Transversal descriptivo

4.2 Población de estudio: pacientes embarazadas que fueron referidas a un segundo nivel de atención.

4.3 Tamaño de la muestra: se revisaron 348 expedientes clínicos de la población de mujeres embarazadas

Total de la población (N)	15 000
Nivel de confianza o seguridad (1-alfa)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (Valor aproximado del parámetro que queremos medir)	10%
Tamaño muestra	348
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	10%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	348

Beatriz López Calviño,
Salvador Pita Fernández,
Sonia Pertego Díaz,
Teresa Seoane Pillado,
Unidad de Epidemiología y Bioestadística,
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

4.4 Método de muestreo:

Muestreo no probabilístico

4.5 Criterios de inclusión:

- Embarazadas afiliadas al Instituto Mexicano del seguro Social.
- Asignadas a la unidad de medicina familiar 09
- Embarazadas referidas al Hospital Regional No 1 “Vicente Guerrero” para valoración especializada.

4.6 Criterios de exclusión

- Embarazadas atendidas el Instituto Mexicano del seguro Social, sin ser derechohabiente atendidas como urgencia obstétrica.

4.7 Variables

Apego a la guía de práctica clínica con enfoque de riesgo

4.8 Descripción operacional de las variables

Variable dependiente	Definición		Tipo	Indicador
	Conceptual	Operacional		
Apego a la guía de práctica clínica con enfoque de riesgo	Afición o inclinación para brindar la atención médica de acuerdo a los lineamientos que marca la GPC para atención de la mujer referida del primer nivel al segundo nivel para control integral de la mujer durante el periodo de embarazo. ³⁷	Se considera que: Hay apego: en aquellos casos en los que se haya cumplido con los indicadores de referencia que marca la GPC en estudio. No hay apego cuando no se cumpla con los indicadores de referencia establecidos por la GPC con enfoque de riesgo. ⁽³⁷⁾	Cualitativa	Si No

4.10 Organización general Del estudio

Previo consentimiento informado se empleó un cuestionario de evaluación que incluía los criterios de referencia de la GPC control prenatal con enfoque de riesgo.

Por medio del registro de asistencia durante los meses de enero, febrero y marzo del 2014, se tomó el número de afiliación de las mujeres con diagnóstico de embarazo

Se revisaron 348 expedientes clínicos electrónicos por medio del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) con un promedio de 20 a 30 min en cada uno. Se evaluó cada expediente según las recomendaciones de referencia incluida en la GPC.

4.11 Plan de análisis de datos:

Se realizó una base de datos con la información obtenida en la revisión de expedientes y recabada en un cuestionario que incluía los motivos de referencia. Se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes, se utilizó el paquete estadístico EpiData y Ciep-map 2.0.

4.12 Instrumento de medición

Se elaboró para esta investigación un cuestionario el cual se validó por contenido y constructo con el cual se revisaron expedientes clínicos.

4.13 Aspectos Éticos

Para la realización de este estudio se tomó en cuenta la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial que establece los principios éticos para la investigación médica de los seres humanos. Asamblea General 52a, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000, que tiene como principios básicos para toda investigación: es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos

de la atención que tienen en relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en la investigación nunca debe perturbar la relación médico paciente. ⁴⁷

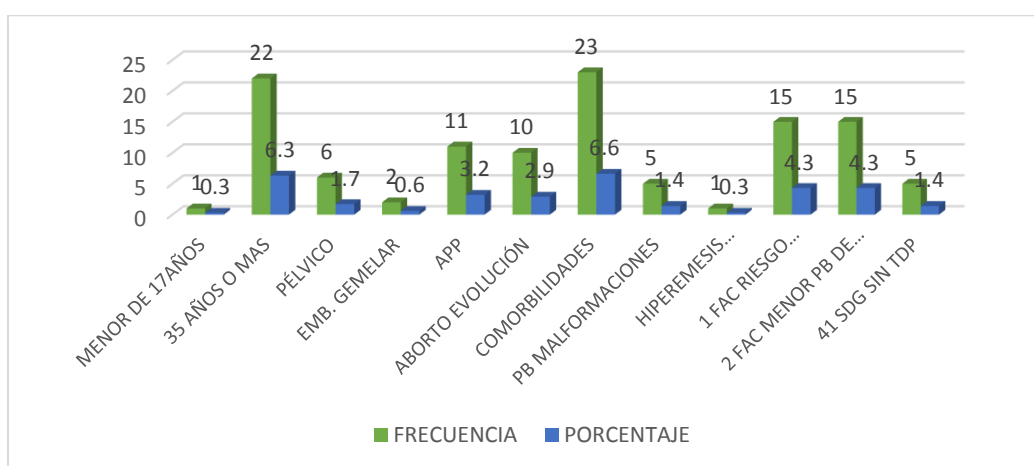
La presente investigación de acuerdo con la Ley General de Salud de México y con su Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud, en su título 2º, capítulo 1º, artículo 17, fracción I, se considera como investigación sin riesgo, ya que en este estudio se emplearán técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio. ⁴⁸

5. Resultados

Se revisaron 348 expedientes del sistema de información de medicina familiar, de mujeres embarazadas referidas de la UMF 09 al HRG No1 Vicente Guerrero. En los distintos horarios de atención médica, con la aplicación de los diferentes instrumentos de recolección de variables y sus escalas correspondientes, se obtuvieron los siguientes resultados:

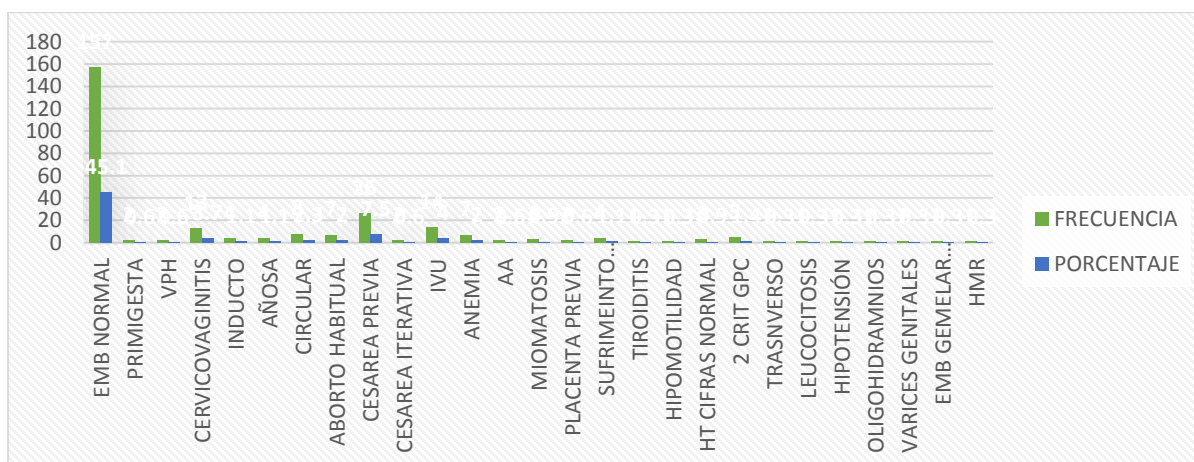
El médico familiar tiene un 54.1% de apego a los criterios de envió a segundo nivel que se detallan en la GPC control prenatal con enfoque de riesgo.

Figura 1. Los motivos de referencia incluidos en la GPC.



El 45.9% incluye otros diagnósticos de acuerdo a los criterios personales de cada medico familiar.

Figura 2. Diagnósticos de referencia



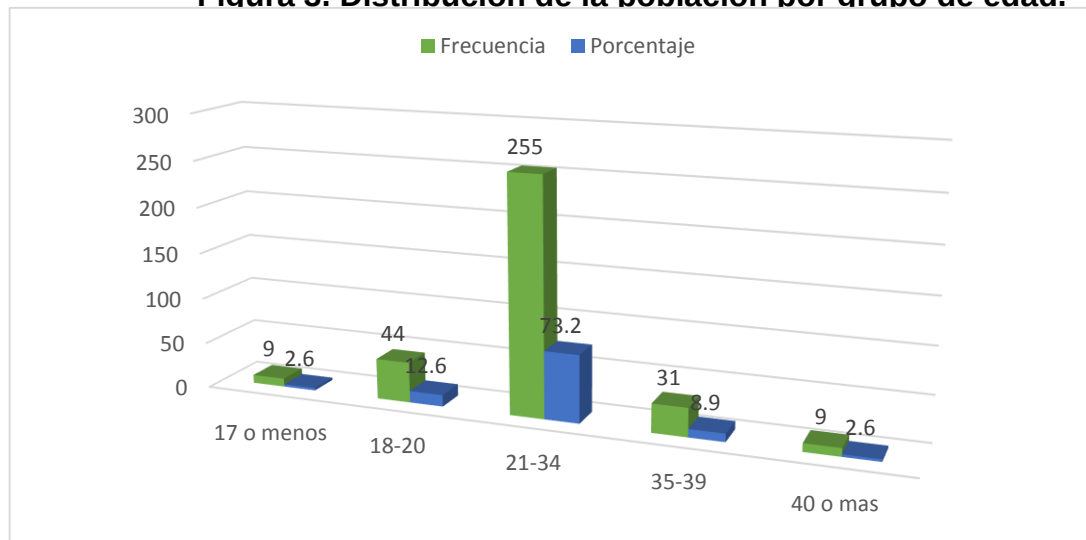
El embarazo normal fue el diagnóstico de mayor incidencia con 45.1% (157)

El resto corresponde a envíos a segundo nivel corresponden a otro motivo de referencia

no incluido en la GPC, el 45% de estos corresponde al diagnóstico de embarazo normal, sin embargo el 21% si reporta diagnostico incluido en la GPC, mientras que el 34 % restante se refieren por otros diagnósticos no incluidos en la GPC pero a consideración médica se refirieron por ejemplo las Primigestas, VPH, cervicovaginitis, inducto conducción, añosa, circular de cordón, aborto habitual, cesárea previa, cesárea iterativa, IVU, anemia, amenaza de aborto, miomatosis, placenta previa, presentación transverso, leucocitosis, hipotensión, oligohidramnios, varices genitales, embarazo gemelar previo, HMR, HT con cifras normales, más de 2 criterios incluidos en la GPC

En cuanto a la edad materna estudiada que oscila entre los 21 años y 34 años correspondió a un 73.2%. Con un promedio que corresponde 20.2 años.

Figura 3. Distribución de la población por grupo de edad.

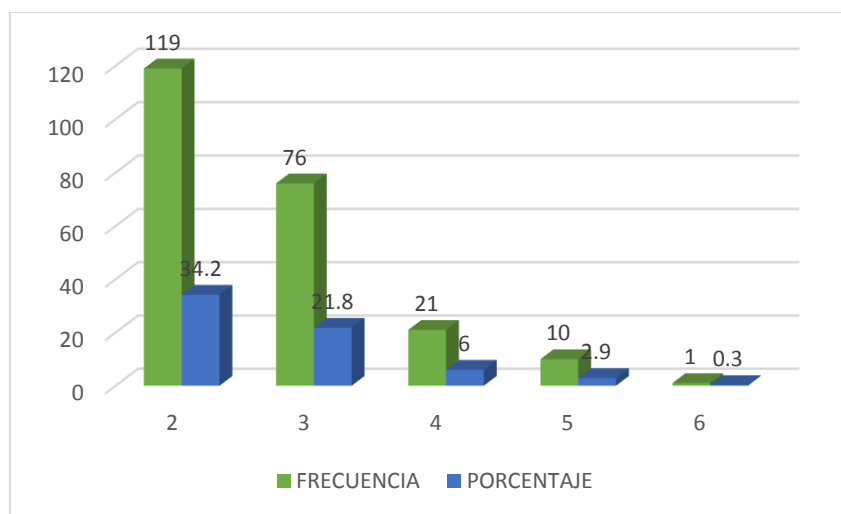


El grupo de edad que más predominó corresponde al de 21 a 34 años. ^{Figura 3}

La escolaridad de la población estudiada corresponde al 44.5% con medio superior, seguida licenciatura con un 29.3% y secundaria con 18.1%.

El IMC se registra en su mayoría dentro de parámetros normales: que incluye el 45.1% de la población estudiada.

Figura 4. Pacientes con más de 2 Gestaciones



Las pacientes con más de dos gestaciones en conjunto pertenece a un 65.2% (227) Figura 4.
 En los antecedentes de parto vaginal, el 22.1% reportaron 1 parto previo, el 10.1% reportaron haber tenido 2 partos previos, y el 1.7% 3 partos previos.
 Las paciente que mencionaron dentro de sus AGO 1 cesárea corresponde al 21.3% y las que reporta 2 cesáreas corresponden al 4% y ninguna cesárea al 74.7%

Figura 5. Partos normales

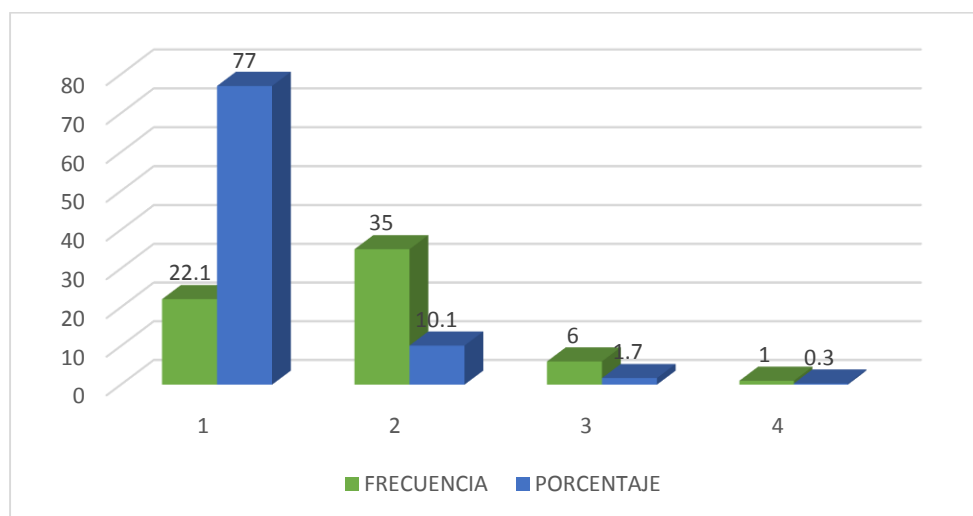
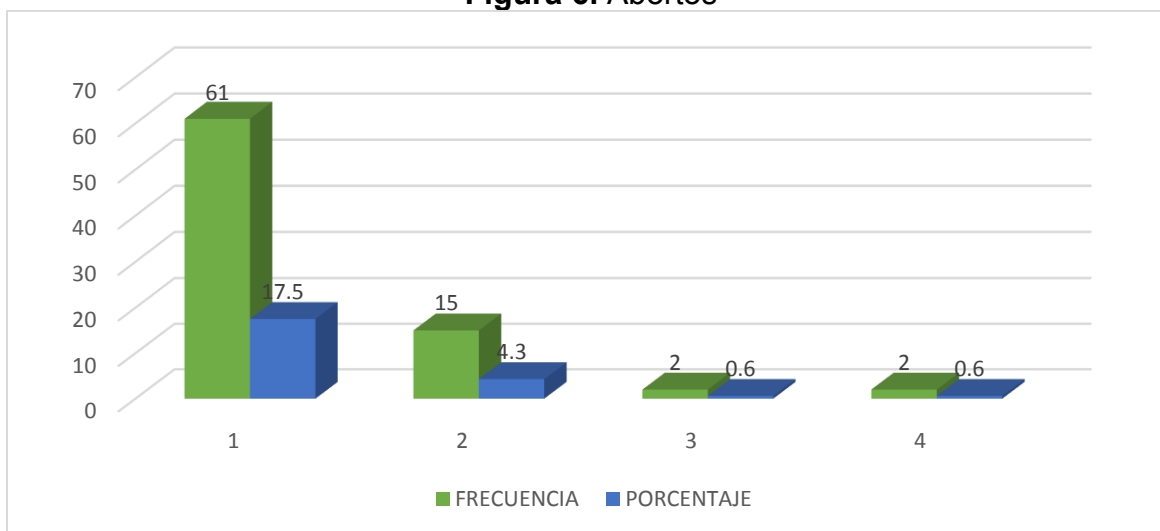


Figura 5.

La población referida solo en un 17.5% reportaron haber tenido 1 aborto.

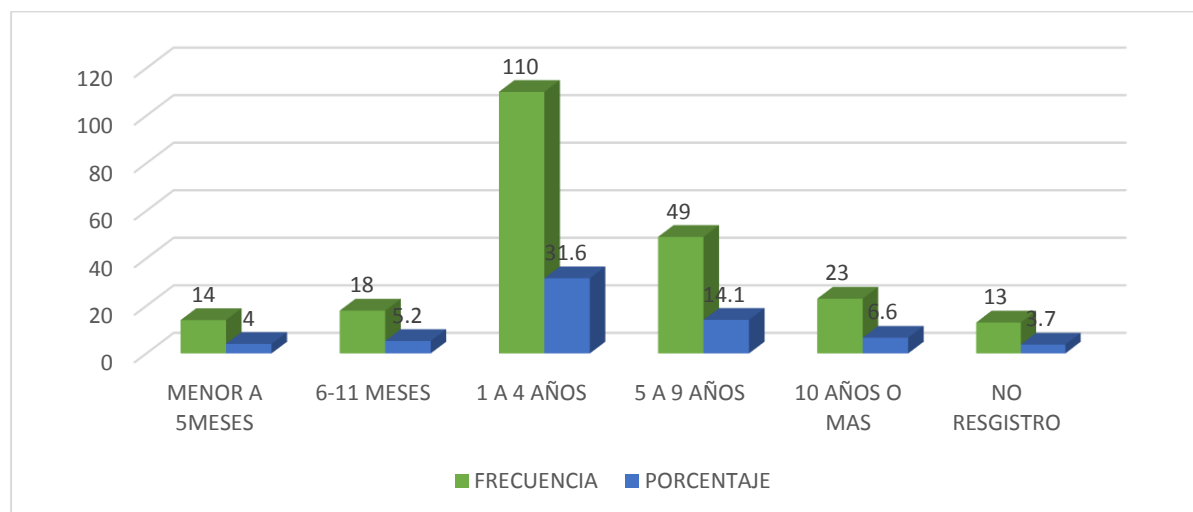
Figura 6. Abortos



Las pacientes que presentaron 1 o más abortos corresponde a 23% (80) Figura 6.

En cuanto intervalo intergenésico de más de 10 años solo correspondió al 6.6% de la población estudiada.

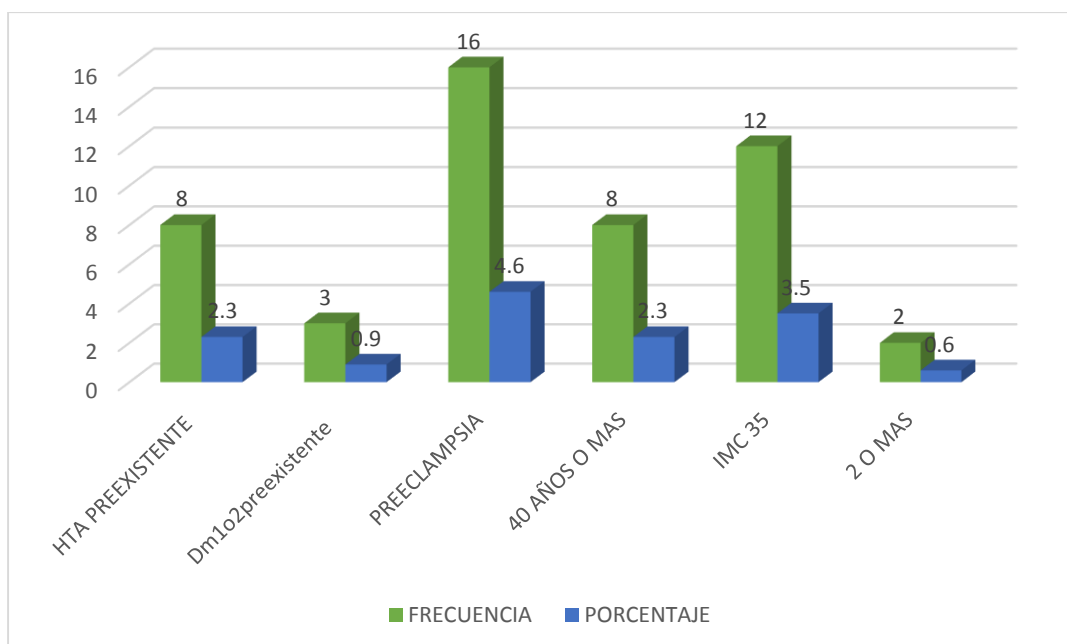
Figura 7. Intervalo Intergenésico



El Periodo intergenésico largo que es un factor de riesgo para preeclampsia corresponde al 6.6% (23). Figura 7

En referencia al riesgo significativo para preeclampsia el 86.2 % no presentó ninguno.

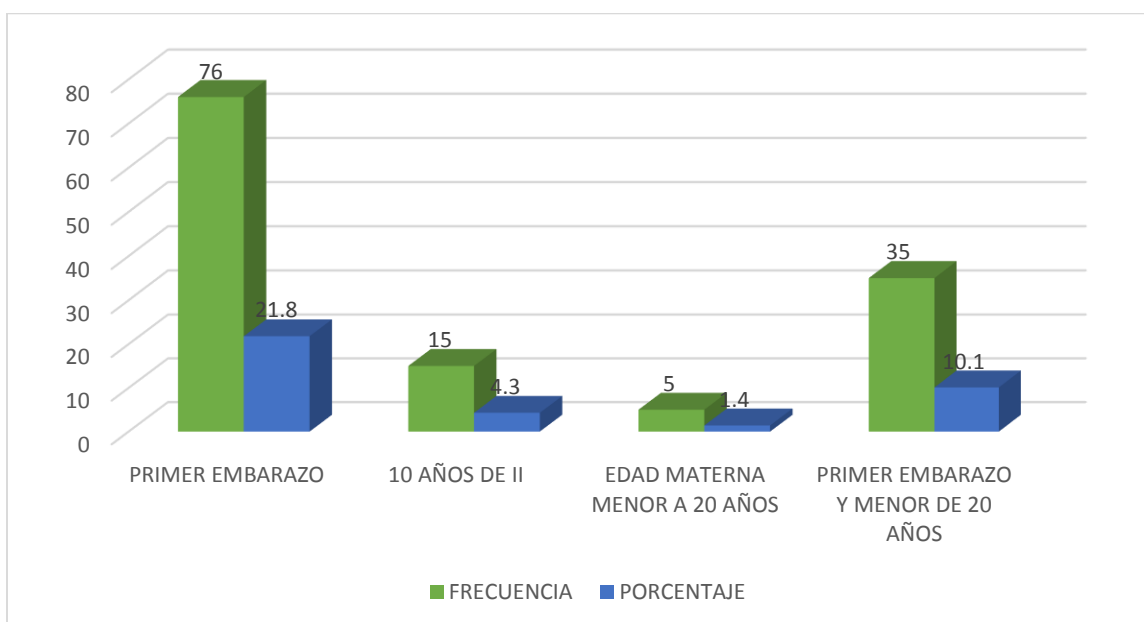
Figura 9. Riesgo significativo para preeclampsia.



El 66.7% (232) fueron enviados a Segundo nivel de atención con otro motivo de referencia no incluido en la GPC. El Restante El 33.3% (116) si coincide. **Figura 9.**

El 62.4% no tienen ningún riesgo de menor probabilidad para desarrollar preeclampsia.

Figura 10. Riesgo menor probabilidad para Preeclampsia.



Solo el 14.2 % (49) incluye riesgos significativos para preeclampsia. **Figura 10.**

El mayor porcentaje de referencias se realizó en el último trimestre del embarazo que en conjunto corresponde al 66.9%

El 55.5% califican con un riesgo obstétrico mayor de 4 puntos.

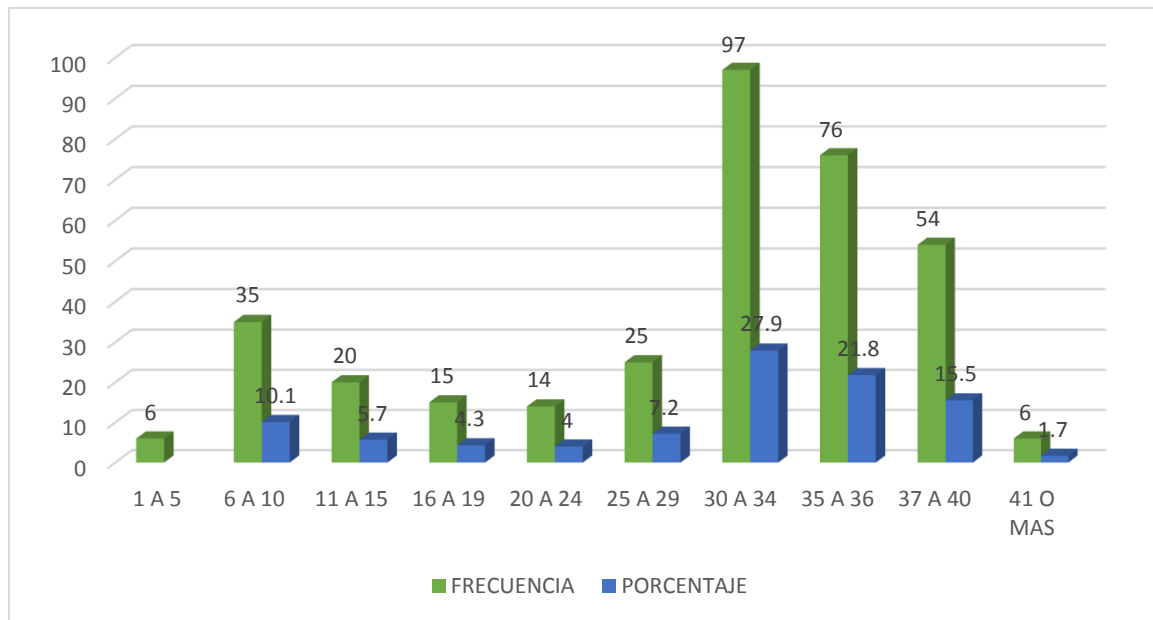
En un 39.9% se enviaron al servicio de bajo riesgo, en un 35.3% a alto riesgo. Otros servicios corresponde al 24.8% restante.

18.- El 54.1% cumple criterios y es referida adecuadamente al servicio correspondiente.

19.- Mientras que EL 45.9% reflejan el desapego a los criterios.

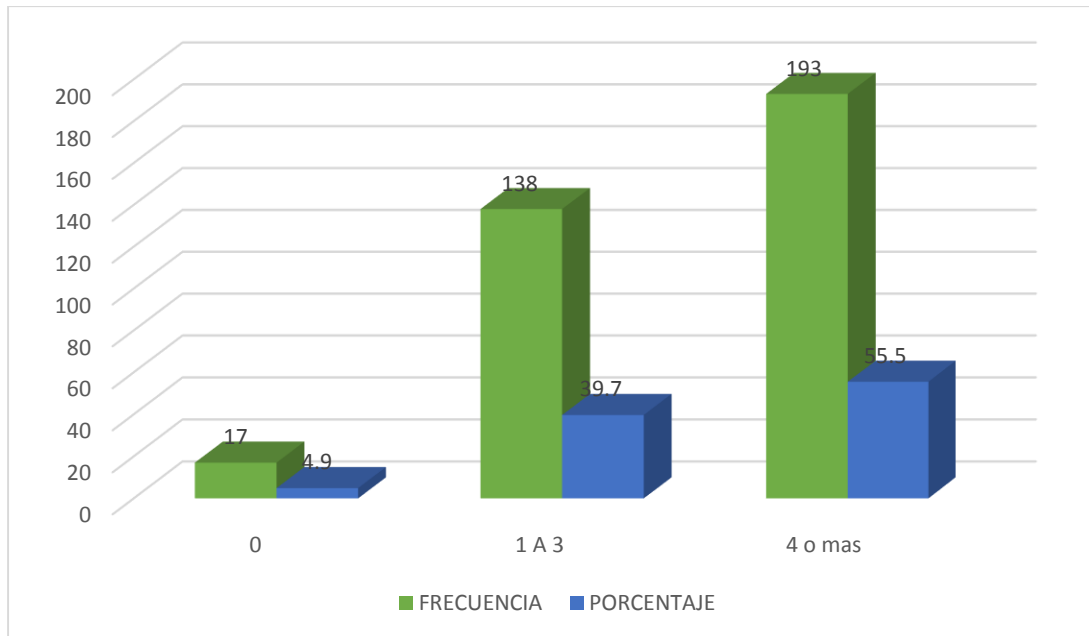
20.- En suma el 82.5% tuvieron adecuado control prenatal con más de 5 consultas.

Figura 11. Semanas de gestación (SDG)



Se considera el 37.6% (131) de la población estudiada cumplen con riesgo con menor probabilidad de preeclampsia. Figura 11.

Figura 12. Riesgo obstétrico



La mayor incidencia corresponde a un puntaje de 4 puntos o más que se traduce en mayor riesgo obstétrico.

Figura 13. Servicio Al que se Refieren

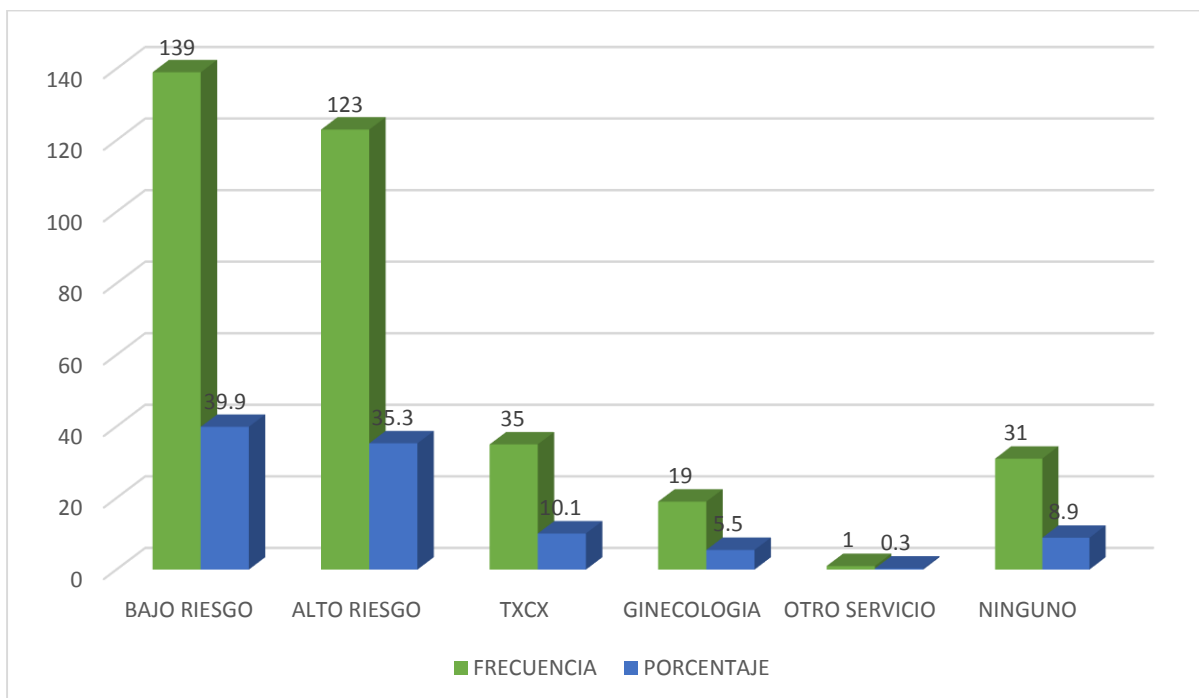
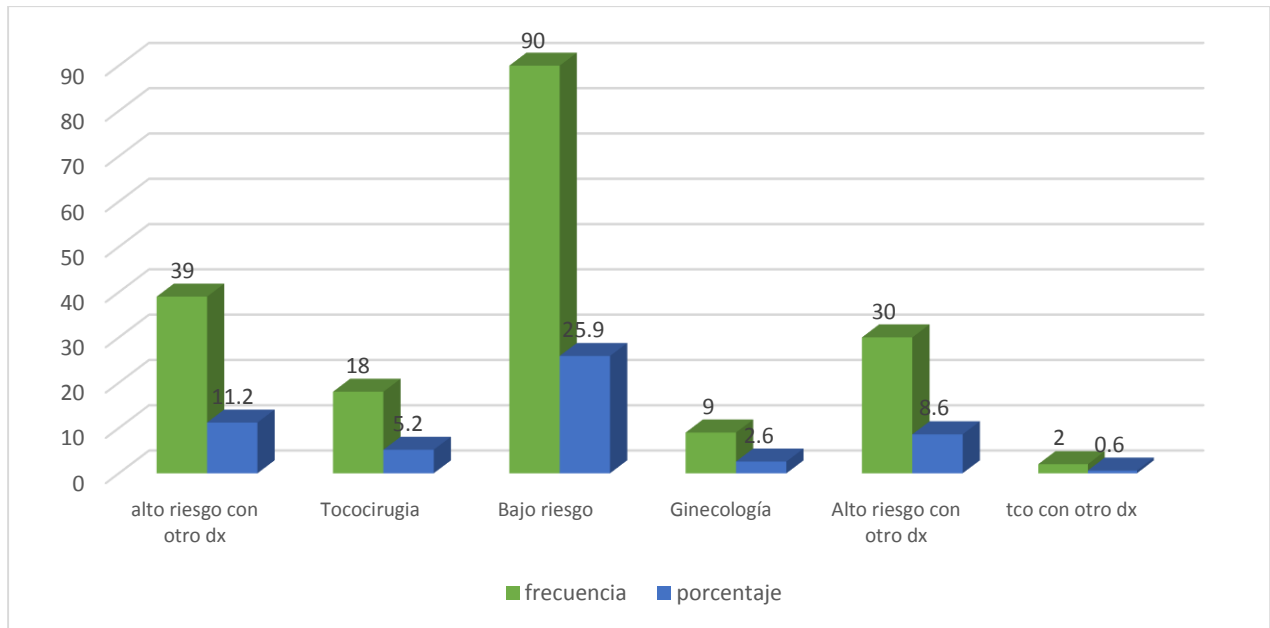
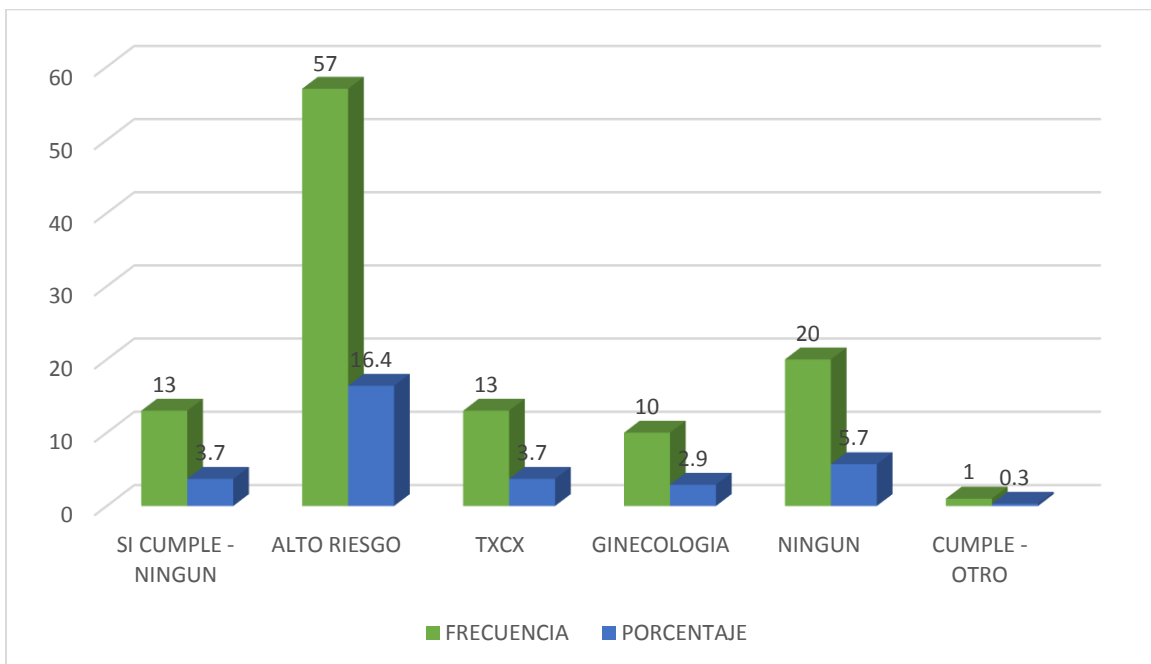


Figura 14. Apego a los criterios de referencia



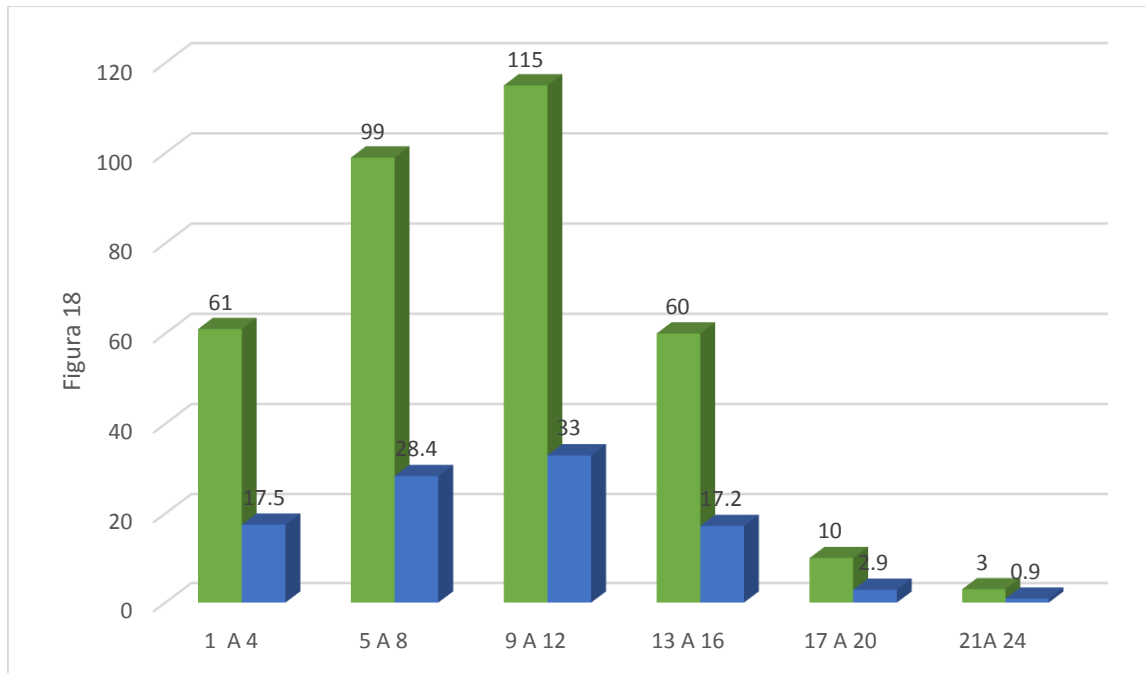
Los pacientes fueron enviados correctamente en base a los criterios de referencia en estudio, La mayor incidencia corresponde envío a bajo riesgo 39.9% (139) Figura 14.

Figura 15. No apego a los criterios de referencia



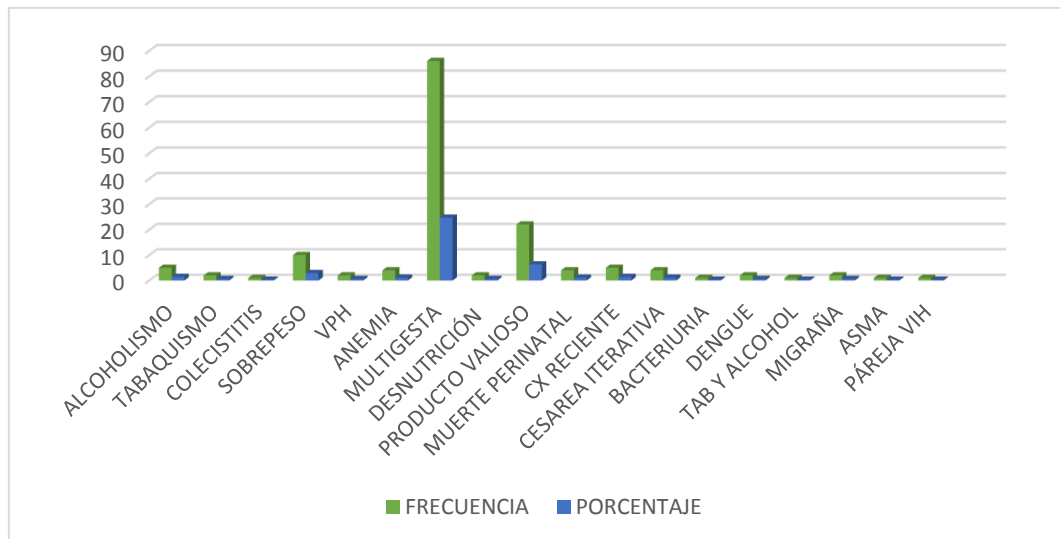
El 54.1% (188) son referidas adecuadamente al servicio correspondiente según indica la GPC en estudio. Figura 15

FIGURA 16. Número de consultas



Describe el desapego a los criterios de referencia en suma corresponden a un 45.9% (160) Figura 16.

Figura 17. Otras comorbilidades



6. DISCUSIÓN.

Se realizó un estudio transversal descriptivo en la UMF No. 9 del IMSS en Acapulco, Gro. Se revisaron 348 expedientes clínicos de mujeres embarazadas y referidas al Segundo nivel para valoración, las notas médicas se confrontaron con criterios propuestos por la GPC.

Con el presente trabajo de investigación por primera vez se evalúa el apego a los criterios de referencia de la GPC control prenatal con enfoque de riesgo en nuestro estado, evidenciando un porcentaje 54.1 %, de apego por parte de los médicos familiares quienes tomaron en cuenta la normatividad y refirieron al servicio correspondiente en base a un diagnóstico sugerido por la GPC control prenatal con enfoque de riesgo. Resultados similares fueron publicados por Kenefick H. et al, en el 2008 en Nueva Inglaterra, que demuestran baja adherencia a las Guías de Práctica clínica por médicos en unidades de primer nivel ⁵⁴; al igual que en nuestro estudio los médicos basaron sus decisiones clínicas en su experiencia personal abandonando los criterios de envío sustentados en medicina basada en evidencia.

En cuanto a la distribución por grupo de edad en nuestro estudio predominó el grupo con menor riesgo obstétrico del rango de edad entre 21 a 34 años, similar a los resultados publicados por Hernández Silice et al, en el 2009, en Veracruz en donde el grupo de 20 a 35 años considerado con menor riesgo obstétrico representó el 71% ³⁷; probablemente tiene relación al semejante nivel sociocultural y las condiciones epidemiológica que comparte Guerrero y Veracruz. Además de haberse realizado dentro del IMSS, coincidiendo en la misma operatividad.

En relación a la escolaridad el nivel medio superior (44.5%) predomina en nuestro estudios, Moreno et al, en el 2003, en Nicaragua, asocia que una mujer analfabeta tiene más probabilidad de fallecer que una paciente con mejor preparación escolar⁵⁵; justificado por la mejor comprensión sobre el autocuidado y mejor comprensión de los factores de riesgo.

Al evaluar el número de gestaciones destacaron las secundigestas con un 65.2%, menor porcentaje encontrado en el estudio de Escobar Carmona en el 2014 en Veracruz quien

encontró un 92.1% ³⁶; nuestra población en Guerrero se encuentra más renuente en cuanto a los métodos de planificación familiar a pesar que ser derechohabiente del IMSS.

En cuanto a los criterios de envío, Escobar Carmona en el 2014 halló que el 94% de los expedientes tuvieron notas de referencia a segundo nivel de manera adecuada, en contraste con lo encontrado en nuestro estudio en donde el 66.7% fueron enviadas a segundo nivel con otro motivo de referencia no incluido en la GPC. Resulta interesante la vigilancia estrecha que se tiene en otras unidades de medicina familiar para el cumplimiento de la congruencia clínico, diagnóstico terapéutica para obtener en mayor incidencia en otra delegación. ³⁶

En cuanto el riesgo obstétrico predominó un 55.5% calificado con alto riesgo y 44.6% correspondió a bajo riesgo. Lo cual contrapone los resultados publicados por Escobar Carmona, en los que demuestra en su población estudiada que existe un 59.2% calificado con bajo riesgo y el 40.8% correspondiente a alto riesgo ³⁶, resultados que se contraponen. Probablemente esta diferencia se deba a que en nuestro medio con bajo nivel sociocultural que impide a la población acudir oportunamente a su control prenatal, aunado a la baja vigilancia del cumplimiento hacia la normativa.

Por el número de consultas se considera que en su mayoría cumplen con lo normativo para considerar que han llevado un adecuado control prenatal. A diferencia con Escobar Carmona quien reporta en su estudio que el total de consultas otorgadas durante el control prenatal fue menor a 5 ($p < 0.006$). Probablemente tenga que ver la facilidad de acceso con el cual contamos en nuestro medio. Y cabe resaltar que en la población estudiada se contó con menos consultas que probablemente nos traduce una adecuada calidad de la atención.

Consideramos que existen diversos diagnósticos por los cuales se derivaron las pacientes con el diagnóstico de embarazo normal pero que analizando el historial de las pacientes podrían justificar debidamente su envío al segundo nivel. Como por ejemplo el diagnóstico de anemia, vph, sobrepeso, colecistitis, tabaquismo, alcoholismo, desnutrición, producto valioso, muerte perinatal, cirugía reciente, migraña, asma, cesárea iterativa, dengue, etc.

Sin embargo, resulta interesante iniciar otras investigaciones que nos evalúen otros rubros no contemplados como la relación que existe entre el puntaje de riesgo que automáticamente refiere el SIMF con relación a la realidad del paciente y valorar envió justificado a control por segundo nivel de atención.

Por otro lado cabe mencionar que fue difícil realizar la investigación puesto que cada expediente requería la utilización de media hora o más para reconocer cada uno de los datos a recabar. Otro obstáculo al que nos enfrentamos es en la poca información que se asienta en el expediente clínico, o al envió con expediente manual que no se registra en el expediente electrónico, además de no contar en muchas ocasiones con las indicaciones de la contra-referencia.

En un futuro podríamos evaluar las contra-referencias y así darle seguimiento a determinados padecimientos.

Considero la presente tesis de gran relevancia como instrumento evaluador de nuestro actuar médico, que servirá para enriquecer la normativa actual enfocada a las necesidades particulares de nuestro medio.

7. Conclusiones

El control prenatal que se realiza en la UMF 09, Acapulco Gro. No está apegado a la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Se cuenta con un adecuado control prenatal según la NOM07 con 5 consultas o más. Por primera ocasión, se muestra el grado de apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo en nuestro estado. Hay que considerar que en ocasiones las pacientes embarazadas no cumplían criterios de referencia sin embargo si se justificaba envió a segundo nivel como en caso de enfermedades agudas que por la magnitud aumentaban el riesgo obstétrico. Por otro lado habría que darle seguimiento a las pacientes que son contra referidas por considerar que podrían seguirse evaluando en conjunto o se egresan por no tener un sustento diagnóstico que justifique seguir en alto riesgo.

8. Recomendaciones

- 1.- Se sugiere que en cada unidad médica el Jefe de enseñanza busque estrategias para difundir la importancia de la GPC a través de talleres o cursos para involucrar al personal médico para el correcto uso de la normativa.
- 2.- Se requiere evaluaciones constantes de las GPC, con la participación activa de los Coordinadores médicos.
- 3.- Promover la comunicación entre en primer y Segundo nivel para homogenizar criterios y mejorar la calidad de la atención mediante el adecuado llenado de las contra referencias por parte de los especialistas que atienden en el segundo nivel, así como sesiones de casos clínicos.

5 Torres Arreola LP; Peralta Pedrero ML, Viniegra Osorio A, Valenzuela Flores AA, Echevarría Zuno S, Sandoval Castellanos FJ; Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social; Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (6): 661-672

6 Espinosa Brito A, Del Sol Padrón LG, Espinosa Roca AA, Garriga Valdés JL, Viera Valdés B. Guías de práctica clínica. Ventajas y desventajas. Clinical practice guidelines. Advantages and disadvantages. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(5)

7 Menárguez Puche JF, Sánchez Sánchez JA, Ortín Ortín E, Hidalgo García I, Lectura crítica de una Guía de Práctica Clínica. Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136631-capitulo_12.pdf, consultada mayo 2013

8 Secretaría de Salud y Asistencia. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con enfoque de Riesgo. México: Secretaria de Salud; 2008. Actualizada en el 2012.

9 Guevara López U, Las guía de práctica clínica. ¿Futuro y perspectiva? Rev Méx Anest Vol.36 (1) 2013: 174-175

10 Vázquez López E, Boschetti Fentánes B, Monroy Caballero C, Ponce Rosas R, Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México; archivos en Med Fam; Vol.7 (2) 2005,57-60

11 Pluma Vázquez CA, Flórez Gómez L, Martínez Bohorquéz C, Torres Benítez JM. Eficacia y eficiencia del tratamiento antibiótico mediante Guías de Práctica Clínica en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. Med Int Mex 2012 ; 28 (6): 554 -559

12 Pérez Cuevas R, et al. Efecto de una Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. Rev Med Int Mex Seg Soc 2007; 45 (4): 353 – 360.

13 Montesano Delfín J.R, José Zapién Moreno A.H, Olivares Durán E, Guizar Mendoza J.M, Luna-Ruiz M.A. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 109-116

12 Hernández Leyva B, Trejo y Pérez JA, Ducoing Díaz DLR, Vázquez Estrada L, Tomé Sandoval P. Guía clínica para la Atención Prenatal. Rev Med IMSS 2003; 41(1):59-69

15 Sánchez Olalde A.A, Rojas Sánchez E.M., Olalde Jover L. influencia del riesgo obstétrico y resultados maternos, Medicentro 2011; 15(3)

16 Arispe C., Salgado M., Tang G., González C., Rojas J.L; Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 22 (4), 2011

17 Villarreal Ríos E, Garza Elizondo M.E, Núñez Rochst G, Rodríguez Casas, Olga Rodríguez López S. costo de la atenoión prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social; Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(5): 298-303

18.- Secretaria de Salud, Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Criterios y Procedimientos Para la Prestación del Servicio. Diario Oficial de la Federación. 1995: 23-34

19 Hernández Leyva B, Trejo y Pérez JA, Ducoing Díaz DLR, Vázquez Estrada L, Tomé Sandoval P; Guía clínica, para la atención prenatal; Rev Med IMSS 2003; 41(Supl): S59-S69

20 Escobar Carmona I. Apego a la Guía de Práctica Clínica Control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF No1; 2014; 27-33

21 SSA Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.- salud.gob.mx

22 V. Herrear, J. Oliva, F. Domínguez Control prenatal en adolescentes: evaluación del

riesgo materno infantil, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Ginecol Obstet Mex 2009; 77(3):S47-S86

23 Donoso Bernal B, Oyarzún Ebensperger E, Embarazo de alto riesgo, Medwave 2012;12(5)

24. OMS mortalidad materna, nota descriptiva No. 348, mayo 2014, disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. CONSULTADA 27 Enero 2015

25 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, p. 39.

26 Espinosa Damian Gisela et al, Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008, La salud de las mujeres guerrerenses. Retos legislativos

27 disponible: <http://guerrero.quadratin.com.mx/Guerrero-segundo-lugar-nacional-en-muertes-maternas/> Agencia Quadratín. CONSULTADA 27 enero 2015

28. Organización para la Cooperación y el desarrollo. Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados disponible en <http://www.educared.pe/modulo/upload/70630289.pdf>

29. Donadenian A. la calidad de la atención médica, definición y métodos, México, la prensa médica mexicana S.A de C.V. 1991: 95-158

30. Roldan P, Vargas C, Giraldo C, Valencia G, Garcia L, Salamanca L, Evaluación de la calidad de la atención en salud un estudio de caso, Colombia Médica 2001; 32: 14-18

31 Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Salud Pública, México Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana: 1998

32. Yavich N. Evaluación de políticas y programas de salud. Firmat, 20 y 21 de julio de 2007, Instituto de la salud Juan Lazarte. Departamento de economía y gestión en salud. Maestría en gestión de sistemas y servicios de salud.

33. Hernández Siliceo J, apego a la NOM007 para la atención de la mujer durante el

embarazo y puerperio en la jurisdicción sanitaria V Jalapa Veracruz, 2009

34.- Zapardiel Gutierrez I. De la Fuente Valerio J, Bajo Arenas MJ; guía de práctica de urgencias en obtetricia y ginecología. SEGO

35.- IMSS, Ginecología y obstetricia tercera edición Mendez editores S. A. de C.V.

36.- Caparros Molina S, Hipertensión arterial durante el embarazo y puerperio; FMC 2010; 17 (7) 460-5

37.- González Moreno J, Obesidad y Embarazo; revista Médica MD 4(4)2013

38.- Manterola Álvarez D, Hernández Pacheco JA, Estrada Altamirano A, Enfermedad renal crónica durante el embarazo: curso clínico y resultados perinatales en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes; Volumen 26, Número 4 pp 147-153

39.- Witter FR; Tratamiento de la paciente embarazada de alto riesgo con lupus Rheum Dis Clin N Am 33 (2007) 253-265.

40. Sosa C; Trombofilia y embarazo Pautas de diagnóstico y tratamiento; Rev Med Urug 2011; 27(4): 236-264

41.- IMSS Guía de Práctica clínica Prevención Diagnóstico y tratamiento en el binomio Madre – hijo con infección por el VIH México; 2009; actualización junio 2012.

42.- García Ferrera WO, López Menéndez J. Hepatitis y embarazo; Med Int Mex 2007;23(6):524-31

43.- Leal E, Campos S, Pardo I, Vázquez Rodríguez M, García Jiménez E y Moral E; Sífilis y embarazo; Clin Invest Gin Obst, 2011; 38 (3); 114 -117.

44.- Secretaria de Salud, Prevención, diagnóstico y manejo de la A lo inmunización Materno- Fetal, México 2011.

- 45.- Quiroz L, Siebald E, Belmar C, Urcelay G, Carvajal J L. El diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas mejora el pronóstico neonatal; Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(4): 267-273
- 46.- Guzmán Cabañas JM, Carrasco Rico S, Gómez Guzmán E. Herrainz C, Tofé Valera I. Embarazo prolongado. RN postmaduro; Protocolos Diagnósticos terapéuticos de la AEP: Neonatología, España 2008.
- 47.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Versión electrónica disponible: http://www.fistera.com/mbe/investiga/declaración_helsinki.asp. Acceso 17 abril del 2013
- 48.- Reglamento de la ley General en materia de Investigación para la salud. Diario oficial de la federación. 7 de febrero de 1984
- 49.- Kenefick H. LeeJ; Fleishman V, Improving Physician Adherence to clinical Practice Guidelines; Barriers and Strategies for change New England Healthcare Institute. February 2008.
- 50.- Moreno J. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna; recinto universitario Ruben Dario Fac. ciencias medicas, Nicaragua 2003; disponible en <http://www.minsa.gob.ni>
51. Torres Arreola L.P, Peralta Pedrero M.L, Viniegra Osorio A, Valenzuela Flores A. A, Echevarría Zuno S. Sandoval Castellanos F.J. Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (6): 661-672

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)							
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN								
Nombre del estudio:	"Apego a criterios de referencia de la gpc para la atención de las mujeres embarazadas de la umf 9"							
Patrocinador externo (si aplica):	--							
Lugar y fecha:	Acapulco, Guerrero.							
Número de registro:	1101-21							
Justificación y objetivo del estudio:	: Evaluar el apego a criterios de referencia de la GPC para la atención de las mujeres embarazadas de la UMF (Unidad de Medicina familiar) No. 9 Delegación Guerrero							
Procedimientos:	Se revisan expedientes clínicos .							
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad de las preguntas							
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	--							
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	--							
Participación o retiro:	--							
Privacidad y confidencialidad:	Total Confidencialidad							
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td>☐</td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>		☐	No autoriza que se tome la muestra.	☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
☐	No autoriza que se tome la muestra.							
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.							
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.							
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):								
Beneficios al término del estudio:								
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:								
Investigador Responsable:	Dr. Luis Amador Ríos Oliveros Matricula: 7473451 Delegación Guerrero. Tel. 483-88-89							
Colaboradores:	Dr. Italia Robles Tomás Matricula: 99123556 UMF9. Tel: 7471241138							
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx								
Nombre y firma del sujeto Testigo 1		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2						
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio								
Clave: 2810-009-013								

Cuestionario: Criterios de referencia incluidos en la GPC Control Prenatal con Enfoque de riesgo

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Consultorio _____ Turno _____
NOMBRE DE LA PACIENTE _____
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____
EDAD _____ (MENOR DE 17 AÑOS O MAYOR A 35 AÑOS)
FECHA DE LA REFERENCIA _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

(Comorbilidades)

Diabetes Mellitus _____ Diabetes Gestacional _____ Trastornos Hipertensivos del embarazo _____
Obesidad _____ Insuficiencia renal _____ Lupus eritematoso _____ Trombofilia _____ VIH _____ Hepatitis b _____ Hepatitis
c _____ 2 determinaciones de VDRL positivas _____

ANTECEDENTES GINECO-OBTÉTRICOS

MENARCA _____ RITMO _____ GESTAS _____ PARA _____ ABORTOS _____ CESAREAS _____ FUM _____ PI _____

MOTIVO DE REFERENCIA

Sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre _____
Presentación pélvica _____
Embarazo gemelar _____
Amenaza de parto prematuro _____
Aborto en evolución _____
Sospecha de embarazo ectópico o molar, óbito _____
Sospecha de malformaciones _____
Hiperemesis gravídica _____
Gestación múltiple* _____
Hipertensión arterial preexistente o presión diastólica 90 mm
Hg* _____
Nefropatía preexistente o proteinuria (1+ en más de una
ocasión o cuantificada 0.3 g/24 hr) * _____
DM I o II preexistente* _____
Riesgo obstétrico _____
Factores de riesgo significativos para preeclampsia*
Condiciones médica subyacentes*:
Factores de riesgo asociados con menor probabilidad de
desarrollar preeclampsia

Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos* _____
Preeclampsia previa* _____
Edad de 40 años o más * _____
IMC 35* _____
Primer embarazo^a _____
10 años o más de intervalo intergenésico^o _____
Antecedente de preeclampsia en madre o hermana^o _____
Presión diastólica al inicio del embarazo entre 80 a 89 mm Hg
° _____
Edad materna menor a 20 años^o _____
Embarazo de 41 SDG sin trabajo de parto
¿Cumple con algún criterio de referencia según la GPC
control con enfoque de riesgo?

