



BUAP

Facultad de Medicina
Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social

Nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica” Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio”.

Tesis para obtener el diploma de especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Dra. Sthefania Meza Martínez

Director

MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín

Jefa de la División de Educación e Investigación en Salud HGR 36 IMSS

Maestría en Ciencias Médicas

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-Especialidad en Medicina Materno Fetal, HGR 36, IMSS

Asesores

Dr. Ernesto Corona Alvarado

Director Médico del Hospital General de Zona No.20, Puebla

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-Especialidad en Medicina Crítica en Obstetricia.



Registro SIRELCIS: 2020-2108-019
CVU 1132119
H. Puebla de Zaragoza. Febrero 2021



BUAP

Facultad de Medicina

Dirección de Estudios de Postgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social

Nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica
“Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis
en el Embarazo y Puerperio”.

Tesis para obtener el diploma de especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Presenta:
Sthefania Meza Martínez

Director
MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín
Jefa de la División de Educación e Investigación en Salud HGR 36 IMSS
Maestría en Ciencias Médicas
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-Especialidad en Medicina
Materno Fetal HGR 36, IMSS

Asesores
Dr. Ernesto Corona Alvarado
Director Médico del Hospital General de Zona No. 20, Puebla
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-Especialidad en Medicina
Crítica en Obstetricia



Registro SIRELCIS: 2020-2108-019

H. Puebla de Zaragoza. Febrero 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: Gracias a ustedes he podido formarme como médico y ahora como especialista. Sin su apoyo esto no habría sido posible, los amo, son lo mejor que tengo, pese a todos los momentos difíciles que hemos pasado este año seguimos juntos ahora contigo papi en el cielo pero siempre conmigo en mi corazón, mami le doy gracias a Dios por que estas viva, aún conmigo, te amo.

A mis maestros: Gracias a cada uno de ustedes por permitirme aprender de los mejores, por su disposición y paciencia a quienes debo mi formación. A todos mis maestros del servicio muchas gracias y en especial al Dr. Briones por ayudarme incondicionalmente durante los momentos difíciles, siempre estaré en deuda con Ud. A mis asesores por su dedicación, sobre todo a la Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín por su paciencia y apoyo.

A mis compañeros y amigos: por estar a mi lado en estos años de residencia, por las enseñanzas que tuvieron conmigo y por ayudarme y apoyarme incondicionalmente en especial a Gabriela Merino que ha estado conmigo como mi amiga apoyándome siempre y siendo incondicional para mí, nunca tendré como agradecer y pagarte todo lo que hiciste por mí y por mi familia.

DICTAMEN DE APROBADO

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2108.
H GRAL ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS 19 CI 21 114 054
Registro CONBIOÉTICA en trámite

FECHA Lunes, 07 de septiembre de 2020

M.C. DOLORES MARTINEZ MARIN

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de apego a la guía de práctica clínica: "Prevención, diagnóstico y tratamiento de las trombosis en el embarazo y puerperio"**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-2108-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


ERNESTO CORONA ALVARADO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Puebla
Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No.20



Puebla, Puebla, febrero, 2021

De la tesis titulada

Nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio".

Realizada por el médico residente Dra. Sthefania Meza Martínez de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Hacemos constatar que este trabajo científico ha sido revisado y autorizado con el número de registro nacional R- 2020 2108-019 proporcionado por el sistema de registro en línea de la Comisión de investigación en Salud (SIRELCIS).



Autorizamos su impresión


MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín

Asesor metodológico


Dr. Ernesto Corona Alvarado
DIRECCIÓN
Ced. Exp. 5289227

Asesor experto


Dra. Celina Valderrama Velasco
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CED. PROF. 4700120
IMSS MAT. 10738495

Profesor titular

Dra. María Isabel Lobatón Paredes

ÍNDICE

RESUMEN	8
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
OBJETIVOS	20
MATERIAL Y MÉTODOS	22
ASPECTOS ETICOS	27
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	48

RESUMEN

Nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio”.

AUTORES: Meza Martínez Sthefania*, Martínez Marín D.G**, Corona Alvarado E***.

*Médico Residente del Cuarto Año de Ginecología y Obstetricia, correo: f_mm3@hotmail.com.

**Jefa de la división de educación e investigación en salud HGR 36 IMSS, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Maestría en Ciencias Médicas, con subespecialidad en medicina materno fetal.

***Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Director Médico del Hospital General de Zona No.20.

Introducción: Las trombosis en el embarazo y puerperio son de las principales causas de mortalidad materna en el puerperio según la Dirección General de Epidemiología del Gobierno Federal encontrándose dentro de las cinco primeras causas en el mundo.

Objetivo: Conocer el nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” en el servicio de ginecología y obstetricia.

Material y Método: Estudio descriptivo, observacional en el HGZ No. 20 IMSS, Puebla en el periodo del 1° Julio al 31 de diciembre de 2019. Utilizando un instrumento de recolección de datos que evaluó el apego de la siguiente manera: Buen apego (mayor o igual 85%), Regular apego (del 60 a 84%), Mal apego (menor o igual a 59%). incluyendo expedientes de pacientes completos, atendidas por el servicio de obstetricia para resolución de embarazo vía vaginal, abdominal o puerperio postaborto, mayores de 18 años.

Resultados:

Se estudiaron 150 expedientes de mujeres atendidas en el servicio de obstetricia, el 33.3% de estas pacientes tuvo resolución del embarazo por vía vaginal, el 33.3% de forma abdominal, mediante cesárea y el 33.3% de las gestantes por legrado. Se evaluaron 7 rubros en base a las recomendaciones otorgadas por la guía de práctica clínica siendo estos los siguientes: promoción, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, tratamiento no farmacológico, tratamiento periparto, referencia y diagnóstico, obteniendo que el rubro con menor apego es el de tratamiento no farmacológico con un 41.2% y el de mayor apego el rubro de diagnóstico con 65.5%

para los rubros restantes el de promoción 61.3%, factores de riesgo 60.3%, tratamiento 44.6%, tratamiento periparto 60.1%, referencia 56.2%, obteniendo un porcentaje global del 55.6% lo que nos indica que se encontró en el HGZ No 20 IMSS, Puebla un mal apego a la guía de práctica clínica.

Conclusiones: El apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” fue en general mal apego de acuerdo a la calificación que se obtuvo siendo del 55.6%.

Palabras clave: Trombosis, apego.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

El tromboembolismo venoso es una condición en la cual un trombo se forma en una vena, con más frecuencia en las venas profundas de los miembros inferiores o la pelvis.

-Trombosis venosa profunda: Formación de un coágulo sanguíneo en el interior de una vena frecuentemente en las inferiores e izquierdas.

-Tromboembolia pulmonar: obstrucción trombótica en la vasculatura pulmonar por causa de un trombo formado in situ o procedente del sistema venoso restante, que lleva a una obstrucción del flujo sanguíneo (1).

La enfermedad tromboembólica se encuentra dentro de las principales causas de morbimortalidad materna en países desarrollados. Su incidencia se encuentra en 0.5-3% de los embarazos. La trombosis venosa profunda ocurre con la misma frecuencia en todos los trimestres del embarazo y en el postparto lo cual ocurre diferente de la tromboembolia pulmonar siendo está más frecuente durante el puerperio (2). En el embarazo existen cambios que predisponen a la gestante para desarrollar de estas patologías, cambios los cuales generan los elementos de la tríada de Virchow. (2)

Existe en la mujer gestante un estado de hipercoagulabilidad debido al incremento de algunos factores de la coagulación como los son el : II, V, VII, VIII, IX, X, XII y el

fibrinógeno, existiendo además disminución de la actividad de la proteína S y un incremento de la resistencia a la proteína C activada, disminución de la fibrinólisis por aumento del inhibidor de la activación del plasminógeno 1 y 2 e incremento de la agregación plaquetaria, lo cual genera estasis venosa en extremidades inferiores disminuyendo el 50% del flujo venoso en el tercer trimestre del embarazo por acción mecánica del útero gestante sobre el retorno venoso y por acción de la progesterona en la musculatura lisa que disminuye dos cosas: distensibilidad y tono venoso obteniendo como resultado lesión endotelial durante el embarazo y en el postparto. (2)

Las mujeres que tienen antecedente de enfermedad tromboembólica tienen un riesgo de recurrencia del 7-12% durante un embarazo. Con el tratamiento con heparinas disminuye la recurrencia en un 1 a 1.5% (2). Las trombofilias hereditarias elevan el riesgo de trombosis y pueden además causar trombosis en la interface materno-placentaria generando complicaciones placentarias, como aborto, Restricción del Crecimiento Intrauterino, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal. La revisión reciente de la literatura sugiere que el síndrome antifosfolípido es la única trombofilia que puede asociarse a mayores efectos durante el embarazo. La tromboembolia pulmonar es la séptima causa de mortalidad materna en el mundo responsable del 20 a 30% de las muertes maternas (3).

El embarazo es el principal factor de riesgo para desarrollar de la enfermedad tromboembólica venosa con una incidencia de 4 a 50 veces más en comparación con las mujeres no embarazadas. Pese a ello existen dos estudios retrospectivos que reportan un predominio de eventos trombóticos durante el primer trimestre siendo el 50% antes de las 15 semanas y en un 60% en el tercer trimestre. (4).

Los factores de riesgo durante el período posparto son: la interrupción el embarazo vía cesárea, comorbilidades médicas previas, varices, antecedentes enfermedad cardiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, un índice de masa corporal mayor de

25, hemorragia obstétrica, muerte fetal, edad materna mayor de 35 años, hipertensión arterial crónica, tabaquismo, eclampsia y/o preeclampsia (5).

En la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio”. Se recomienda la aplicación de trombopprofilaxis en pacientes con riesgo de enfermedad tromboembólica venosa las cuales son: enfermedad cardíaca, algunas enfermedades hematológicas como enfermedad de células falciformes, lupus eritematoso sistémico, obesidad, anemia, diabetes mellitus, hipertensión y tabaquismo así como los siguientes puntos:

- 1) A las mujeres en edad reproductiva, con obesidad y tabaquismo orientar sobre un cambio en hábitos dietéticos, promoción para evitar el sedentarismo y la realización de rutinas de ejercicio y abandonar el consumo de tabaco durante el embarazo.
- 2) Uso de medidas de higiene venosa para prevenir estancamiento sanguíneo en los miembros inferiores después de cualquier procedimiento quirúrgico pélvico en obstetricia.
- 3) Identificar en la historia clínica de cada mujer embarazada los factores de riesgo asociados con enfermedad tromboembólica venosa y anticipar acciones que los eviten lo mayor posible.
- 4) Mujeres con las siguientes condiciones médicas previas: portadoras de válvula cardíaca, síndrome antifosfolípidos, deficiencia de antitrombina III, historia de enfermedad cardíaca o fibrilación auricular, mutación del factor V de Leyden y de la Protrombina G20210A, pacientes con antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar previo al embarazo, deficiencia de Proteínas C y S, deberán recibir trombopprofilaxis.

En mujeres portadoras de una válvula cardíaca mecánica de riesgo para trombosis recomienda lo siguiente según el: tipo de válvula, posición y si tiene antecedentes de trombosis.

- 1) Suspender el manejo de anticoagulantes orales en el embarazo y cambiar a heparina no fraccionada (HNF) o heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- 2) Realizar tamizaje para Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos a las mujeres con pérdida gestacional recurrente o muerte fetal tardía no explicada y con antecedente de preeclampsia y/o restricción del crecimiento intrauterino y con clínica severa y/o temprana. (6)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En México, existen pocos estudios que reporten la incidencia, el tipo de trombofilia más frecuente, y de las condiciones de los recién nacidos de estas pacientes.

En el país encontramos que las trombofilias en el embarazo tienen una incidencia de 1.06%, similar a lo publicado internacionalmente (7). Las condiciones obstétricas asociadas con las trombofilias son las siguientes: la pérdida gestacional recurrente, muerte fetal temprana o tardía, preeclampsia - eclampsia, la restricción del crecimiento intrauterino, el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Lo cual significa que la asociación de trombofilia y embarazo conlleva un alto riesgo de pérdida gestacional. Sin embargo existe controversia en la relación del tipo de trombofilia y el pronóstico gestacional ya que existen publicaciones que no respaldan esa asociación y no se cuenta con suficientes estudios con una buena calidad metodológica para afirmar o descartar tal relación (7).

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de una serie de casos de pacientes que fueron atendidas en el Hospital General Fernando Quiroz

Gutiérrez del ISSSTE entre los meses de enero de 2010 a diciembre de 2016. Se observó que, la trombofilia más frecuente fue la adquirida, como lo reporta la bibliografía; es decir el síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos casi el 40% de las pacientes lo tuvieron. Sin embargo, la trombofilia hereditaria más frecuente fue la deficiencia de proteína S con un 35.8%, dato que difiere de lo revisado en la bibliografía ya que más de una tercera parte de todas las pacientes tuvo esta alteración, el porcentaje fue mucho mayor que el reportado en otros estudios internacionales, en donde la trombofilia más frecuente fue la mutación del factor V de Leyden y la mutación del gen de la MTHFR. En la serie aquí reportada encontraron que la mutación del factor V de Leyden fue más frecuente y se relacionó con eventos trombóticos previos al embarazo. En algunas series de casos asociaron con más frecuencia a la mutación del gen de la MTHFR, del G20210A y del factor V de Leyden con preeclampsia. En dicho estudio se encontró que 3 de las 4 pacientes que tuvieron preeclampsia, tuvieron deficiencia de proteína S, lo que obliga a investigar esta asociación con este tipo de trombofilia, ya que casi no existen estudios que hayan tenido resultados similares. (3)

Se encontró además que 18.5% de estas pacientes tuvieron más de un tipo de trombofilia, lo cual se relaciona con un aumento de 14 veces más de pérdida gestacional recurrente y esta fue el antecedente más frecuente en ellas. Lo relevante en dicho estudio es que los resultados perinatales con tratamiento fueron muy favorables siendo que el 96% de los neonatos fueron sanos y en ninguna de estas pacientes se observaron eventos tromboembólicos (3). Por otra parte, la trombosis venosa profunda en Cuba es predominante durante el embarazo y la tromboembolia pulmonar se presenta con mayor frecuencia en el puerperio. Respecto a esto en estudios realizados en la provincia de Santiago de Cuba durante 15 años, la tromboembolia venosa profunda predominó durante el embarazo y la tromboembolia pulmonar al igual que en Cuba durante el período puerperal. En estudios realizados del hospital militar "Comandante Manuel Fajardo" en Santa Clara, la tromboembolia pulmonar fue la tercera causa de muerte con un 11,6%. (3). Se llevó a cabo un estudio prospectivo entre los meses de abril de 2004 a febrero

de 2010. Las pacientes llevaron su control en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay por un equipo multidisciplinario en donde las pacientes fueron derivadas por los médicos obstetras por alta sospecha de trombofilia materna al presentar: antecedentes familiares de enfermedad trombótica, trombofilia conocida o con alta sospecha de ella y antecedentes personales de trombosis. El control de estas pacientes se realizó mensualmente, individualizándolo siempre que fuera necesario, y constó de curva de dímeros - D, ecografía obstétrica y Doppler fetoplacentario a partir de las 24 semanas de gestación. Se realizó tratamiento con heparina de bajo peso molecular, ácido acetil salicílico y ácido fólico, basándose en consensos nacionales y recomendaciones internacionales acerca de trombofilias adquiridas. Realizándose dos técnicas de determinación del dímero - D. (8)

En el primer grupo se incluyeron 93 pacientes embarazadas, con antecedentes obstétricos o de enfermedad tromboembólica relacionados a trombofilias, bajo control clínico y tratamiento con ácido acetil salicílico, HBPM o ya sea ambas, sin complicaciones y con recién nacidos vivos con estos datos y tomaron a pacientes sin complicaciones y se realizó un gráfico con los valores de dímero – D, a medida que progreso el embarazo se valoró el aumento de los mismos, esperando un aumento del doble respecto al valor de inicio durante el segundo trimestre y del triple en el tercer trimestre. (8). Para el segundo objetivo se incluyeron 133 pacientes con complicaciones obstétricas como: desprendimiento placentario, restricción del crecimiento intrauterino, Preeclampsia/eclampsia o con alteraciones en el Doppler fetal. De la población con complicaciones no se observaron cambios del valor del D-Dímero relacionado con las complicaciones (8). No se demostró, con las técnicas utilizadas la variación esperada del dímero - D en los distintos trimestres del embarazo, ni con la presencia complicaciones ni en pacientes con antecedentes de trombofilia (8).

Se llevó a cabo en el Hospital Universitario Cruces, un estudio para Determinar qué tan precisa es la escala de Wells, los criterios de ginebra y los dímeros-D en

pacientes con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar. Realizando un estudio de cohorte prospectivo diagnóstico de la sospecha de tromboembolia pulmonar según las escalas de Wells y Ginebra y los dímeros - D y haciéndose un análisis de una base de datos de 637 pacientes consecutivos con sospecha de tromboembolia pulmonar en pacientes ingresados en el servicio de urgencias. El patrón de oro fue la confirmación de tromboembolia pulmonar mediante la tomografía computarizada. Obteniendo como resultados que: La edad media fue de 67 años y el 54,6% fueron mujeres. La prevalencia de tromboembolia pulmonar fue de un 15,1%. Para la escala de Wells el valor predictivo negativo fue 85,3%, el valor predictivo positivo 62,5%, la sensibilidad 15,6% la especificidad 98,1%. Para la de Ginebra, el valor predictivo negativo fue del 82,8%, el valor predictivo positivo del 58,8, la sensibilidad 11,8% y la especificidad 98,1%. Para el dímero-D, el valor predictivo negativo fue del 99,2%, el valor predictivo positivo del 21,7% y la sensibilidad 98,9%, la especificidad del 26,4% con lo cual concluyeron que la escala de Wells y la de Ginebra son muy útiles para realizarse en urgencias como escalas para establecer la alta sospecha de tromboembolia pulmonar y de ellas la de Wells sería la de mayor especificidad. Sin embargo ninguna de ellas puede ser utilizada para diagnosticar estas patologías por su baja sensibilidad además se obtuvo como resultado que el dímero - D es una prueba que nos permite excluir la tromboembolia pulmonar, cuando el resultado es negativo, pero este debe ser realizado junto con las escalas pronosticas. (9).

La recurrencia de trombosis venosa y tromboembolia pulmonar en embarazos siguientes según estudios revisados es aproximadamente del 4 al 14 %. Existen pocos estudios prospectivos, pero en general se recomienda la profilaxis previo a la interrupción del embarazo independientemente de la vía de resolución con heparina fraccionada a dosis de 5000 UI por vía subcutánea cada 12 horas. Sin embargo, pudieran requerirse dosis mayores de acuerdo al aumento del volumen plasmático, la depuración renal, los niveles de factores de la coagulación en caso de encontrarse con un aumento significativo o bien debido a anomalías en el metabolismo de la heparina. Los niveles óptimos de heparina están entre los 0.1 –

0.2 UI/ml alcanzándose con una dosis aproximada de 7500 – 10.000 UI subcutánea cada 12 horas. En mujeres con historia previa de trombosis venosa no relacionada al embarazo o con estados de hipercoagulabilidad conocida deberá iniciarse profilaxis. En el caso de que exista síndrome antifosfolípido sin trombosis venosa previa se recomienda profilaxis. En cambio sí existe en la paciente el antecedente de trombosis está indicado el tratamiento con anticoagulantes orales. (9).

La trombosis venosa es 5 veces más frecuente en la mujer embarazada que en la no gestante. El 75% de las trombosis venosas ocurren durante el embarazo y el 66% de los eventos embólicos durante el puerperio. (10). Se ha considerado al aumento de la estasis venosa como el factor predisponente más común, con una incidencia mayor de eventos trombóticos en el tercer trimestre de la gestación. En la actualidad muchos estudios señalan que la frecuencia es igual durante toda la gestación y en el puerperio inmediato, debido a todas las modificaciones que el embarazo produce sobre los factores de la coagulación y la fibrinólisis. (10).

Los eventos trombóticos ocurren en el 0.13 - 0.61% por 1000 embarazos, por lo cual es también baja la incidencia de tromboembolismo pulmonar relacionado con estos valores. Pero como causa de muerte en este grupo de pacientes, obtiene el segundo lugar con un 19.9%, después de las hemorragias y por encima de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, infecciones, cardiopatías, complicaciones anestésicas y aquellas de causas desconocidas (11). El apego a las guías de práctica clínica evaluado según el nivel de cumplimiento de los indicadores realizados es muy variable y generalmente bajo. En su mayoría no se cumple con los estándares evaluados y las estimaciones en su cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en muy pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%. En algunos de ellos se tiene un cumplimiento menor al 10%, e incluso de 0% en algunos indicadores. Las encuestas realizadas a profesionales muestran que el documento normativo que los profesionales de salud conocen con mayor facilidad son las normas oficiales mexicanas, seguido de las guías de práctica clínica, con una diferencia de 28.6 puntos. (12).

El grado de desconocimiento de las guías de práctica clínica entre los profesionales de la salud es alto, con un promedio superior al 60%, en la mayoría de los casos se reconoció no recordar ninguna de las guías de práctica clínica que se evaluaron. El principal argumento por el que no se llevan a cabo es que su uso incrementa el tiempo de consulta dicho en un 30%. La segunda razón en importancia es que no las conocen, entre ambas opciones suman 55 % de las respuestas. Las actividades que los entrevistados consideran que tienen más probabilidad para conocer y realizar la utilización de las guías de práctica clínica son, en primer lugar, capacitar al personal con un 42%, que sean más accesibles y que sean más fáciles de manejar (12). De acuerdo a la evaluación que se realizó el personal de la salud menciona que la calidad de las guías de práctica clínica es deficiente, principalmente en aspectos como aplicabilidad, participación de los implicados y rigor en la elaboración de las guías. Al realizar el análisis de recomendaciones y evidencias que se otorgan en las guías se observó la necesidad de contar con una escala enfocada a valorar este tipo de contenidos y que sean definidas y homogéneas ya que en las guías de práctica clínica se siguen diferentes escalas. Por otra parte no siempre se encuentra claramente especificado el nivel de evidencia ni la fuerza de la recomendación, lo que se lleva a la necesidad de utilizar definiciones y conceptos de forma adicional, extraídos de otros documentos, para poder elaborar ciertos indicadores. Fue frecuente encontrar recomendaciones de alto nivel de gradación que no contaban con evidencias claramente identificadas y referidas para dar soporte y respaldo a ellas. Aún con estas limitaciones, se identifican algunas recomendaciones clave y se construyen indicaciones para las guías de práctica clínica. (12). Los resultados del trabajo de campo en la valoración del cumplimiento de indicadores provenientes de las guías seleccionadas y la aplicación de la encuesta a profesionales de la salud mostraron un cumplimiento de ellas generalmente muy bajo y en algunos casos con indicadores incluso de 0%. Además, existe confusión por parte del personal de salud, entre lo que son guías de práctica clínica y normas oficiales así como de los protocolos de los programas en cuanto su contenido. Las actividades y acciones para la atención en los centros de

salud están definidas principalmente a partir de las normas oficiales mexicanas y de los programas nacionales, por lo que no toman con gran consideración a las guías de práctica clínica. Los profesionales identificaron también diversos aspectos relacionados con la capacitación y facilidad de uso como barreras para llevar a cabo su realización (12).

JUSTIFICACIÓN

Las guías de práctica clínica son de gran ayuda para auxiliar al profesional de la salud a tomar decisiones adecuadas en el tratamiento ofrecido. Estas proveen líneas encaminadas a la atención médica con diferentes aspectos ya que en la

provisión de la atención médica confluyen factores del paciente, del médico y del entorno social, físico y organizativo; esta interacción puede resultar en variabilidad de la práctica clínica y en su nivel de calidad, resultados en salud y costos, por ello determinar el nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio nos da a conocer los puntos clave en donde se lleva a cabo una mala práctica médica y poder incidir sobre esta problemática. La enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio es una causa frecuente de mortalidad materna a nivel mundial la cual es prevenible al realizar las recomendadas en dicha guía, lo que mejora a su vez la calidad de la atención de las pacientes y reduce los costes en salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos tres años en el Hospital General de Zona No.20. Se han registrado 2 muertes maternas a causa de enfermedad tromboembólica. En el Hospital de Especialidades de Puebla se registró una muerte materna en el 2018 por tromboembolia pulmonar además de cuatro casos con trombosis venosa

profunda por lo cual las guías de práctica clínica son importantes en auxiliar al personal a tomar decisiones asertivas para ayudar a mejorar el pronóstico y conocer las líneas de tratamiento más adecuado.

El mal apego de las guías de práctica clínica entre el personal médico es común debido a falta de conocimiento de las mismas generando una mala práctica médica, esta situación es relevante debido a que la enfermedad tromboembólica se encuentra relacionada con el incremento en mortalidad materna.

Por la importancia de tema en Obstetricia surge la interrogante: ¿Cuál es el nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica de “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” en mujeres atendidas en el Hospital General de Zona No.20?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica de “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” en

mujeres atendidas en servicio de Ginecología y Obstetricia el Hospital General de Zona No.20 durante el periodo julio a diciembre de 2019.

Objetivos Específicos

- Describir las medidas profilácticas que se llevan a cabo para disminuir el riesgo de trombosis en las pacientes obstétricas.
- Caracterización clínica de las pacientes incluidas en el estudio.
- Identificar factores de riesgo para trombosis en la población estudio.
- Identificar si se otorga un tratamiento profiláctico farmacológico adecuado
- Determinar si los profesionales de la salud conocen los estudios de laboratorio y gabinete adecuados que se deben solicitar
- Determinar si los profesionales de la salud conocen los cambios en el tratamiento profiláctico farmacológico previo a la resolución del embarazo y posterior a la resolución del mismo.
- Determinar si a las pacientes con alta sospecha de tromboembolia pulmonar se les dio manejo en unidad de cuidados intensivos.
- Determinar si el personal de salud conoce las medidas no farmacológicas que recomienda la GPC para prevención de trombosis.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Existe un mal apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” en el Hospital General de Zona No.20.

Hipótesis alterna: Existe un buen apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” en el Hospital General de Zona No. 20.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Por el objetivo	Descriptivo
Por la maniobra	Observacional
Por el número de mediciones	Transversal
Por el número de unidades a participar	Unicéntrico
Por la recolección de la información	Retrospectivo
Por la conformación de los grupos	Homodémico

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

El estudio se realizó con expedientes clínicos de pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia y fueron atendidas para resolución de embarazo por vía vaginal, abdominal y puerperio post aborto en el servicio de Ginecología y obstetricia en el Hospital General de Zona No. 20, IMSS durante el periodo del 1° de julio al 31 de diciembre 2019.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se sometió el presente estudio a revisión por el comité de investigación del Hospital General de Zona No. 20, IMSS para posteriormente hacer la selección de los expedientes del 1° de julio al 31 de diciembre en el año 2019 a partir de la fecha de registro de este protocolo de estudio, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, donde se revisó una muestra a conveniencia que cumplan los criterios de selección. Expedientes de pacientes completos, derechohabientes, mayores de

18 años y se eliminaron expedientes incompletos, con información ilegible y con pérdida de la información.

Se solicitó su consentimiento para el uso de datos descritos en los expedientes y a los cuales se les aplicó un instrumento de medición ad hoc, el instrumento está constituido por 7 categorías cada uno con tres respuestas (Si, No y No Aplica) 1.- Prevención, 2.- Diagnóstico, 3.- Tratamiento, 5.- Pronóstico.

Para otorgar una calificación a las variables del instrumento de medición se consideran dos fases:

- 1) Fase cualitativa; en la que se evaluará el expediente clínico con base en el principio de “todo o nada”
- 2) Fase cuantitativa en la que se establecerá el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los dominios de evaluación. La calificación se otorgará colocando en la celda pertinente a cada categoría: “1” en valor numérico para «SI» cuando en el expediente conste como realizada la recomendación sugerida en la Guía de Práctica Clínica, o en caso de no cumplir con la variable o se cumplió parcialmente se colocará “0” en valor numérico para «NO», y cuando la sugerencia recomendada por la Guía de Práctica Clínica no aplique al caso en particular se colocará un valor nulo «NA».

Se efectuó la recolección de datos a través de la búsqueda intencional de las variables que conforman nuestro instrumento de medición. Para el análisis de la información se utilizarán herramientas de estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas y se medirá el porcentaje de cumplimiento o no cumplimiento en cada variable y por consiguiente en cada uno de las categorías.

Se midió el grado de apego en valor porcentual en una escala de medición ordinal. La estatificación final del apego a la guía de práctica clínica se clasificará utilizando el método basado en la escala de Likert, quedando de la siguiente manera a las recomendaciones cumplidas.

- Buen apego: mayor o igual a 85%
- Regular apego: mayor o igual 60-84%

- Mal apego: menor o igual a 59%

MARCO MUESTRAL

Población de estudio:

Expedientes de mujeres con resolución del embarazo por vía vaginal, abdominal o puerperio post aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ No. 20 IMSS, Puebla.

Selección de la muestra:

La selección de expedientes se efectuó aplicando criterios de inclusión, exclusión, eliminación de pacientes que fueron atendidas en el Hospital General de Zona No.20

Universo de Estudio:

Expedientes de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo de 1° de julio al 31 de diciembre en el año 2019.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

De inclusión:

Expedientes:

- De pacientes atendidas por el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Zona No.20 para resolución de embarazo por vía vaginal, abdominal o puerperio postaborto.
- De pacientes mayores de 18 edad.

Exclusión:

- Expedientes de pacientes que no autorizaron la obtención de datos.

De eliminación:

Expedientes:

- Incompletos.
- Información ilegible
- Perdida de la información

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico, 1.- Por conveniencia, y 2.- Por juicio de los investigadores.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron los expedientes de 150 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión comentados.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Nivel de apego a la GPC	Cualitativa	Cumplimiento de las recomendaciones de la GPC "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio".	Estratificación del nivel de apego a través del puntaje obtenido en el instrumento de medición de la GPC.	Nominal politómica	1. Buen apego 2. Regular apego 3. Mal apego
Gestas	Cuantitativa	Número de partos registrados hasta la fecha sin incluir el embarazo actual	Se obtendrán los datos del expediente clínico	Discreta	1,2,3,4,5
Edad	Cuantitativa	Período de vida desde el nacimiento de la madre hasta el momento actual	Años transcurridos desde el nacimiento establecido por documento oficial y obtenido del expediente clínico.	Discreta	Años
Ocupación	Cualitativa	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona independiente del sector en que puede estar empleada o del tipo de estudio que hubiese recibido	Se obtendrán los datos del expediente clínico	Nominal politómica	-Labores del hogar -Estudiante -Empleada
Vía de Nacimiento	Cualitativa	Proceso por el cual se da el nacimiento.	Se obtendrá de los datos que se encuentran en el expediente del paciente	Nominal dicotómica	-Parto -Cesárea
Cesáreas	Cuantitativa	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de los productos de la concepción mediante una incisión abdominal y uterina.	Número de incisiones abdominales/uterinas previas en la paciente con el fin de obtener los productos de la gestación	Discreta	Número de cesáreas
Legrado	Cuantitativa	Legrado o curetaje consiste en el uso de una legra para eliminar tejido del útero mediante raspado,	Método de evacuación del contenido uterino mediante legras	Discreta	Número de legrados
Abortos	Cuantitativa	Terminación espontánea o provocada de la gestación, o expulsión del producto de la gestación, antes de la vigésima semana.	Número de pérdidas gestacionales antes de la vigésima semana, previos al estudio.	Discreta	Número de abortos
Pérdida gestacional recurrente	Cuantitativa	La presencia de 3 o más abortos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación, cada una con un feto menor de 500 g de peso.	Pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna	Discreta	Número de pérdidas
Restricción del Crecimiento Intrauterino	Cualitativa	Es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal	Condición en la que el feto posee una estimación de peso menor al percentil 10 para esa población a una determinada edad gestacional	Nominal dicotómica	Si No
Muerte fetal tardía	Cualitativa	Muerte sucedida a las 28 semanas de gestación o después antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación.	Muerte fetal tardía ha sido definida por la OMS como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción y que sucede a partir de las 28 semanas de gestación con un peso superior a los 1,000 g.	Nominal dicotómica	Si No
Preeclampsia	Cualitativa	Complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones.	Después de las 20 semanas de embarazo con o sin presencia de proteinuria, TA por arriba de 140/90 mmhg	Nominal dicotómica	Si No

Escolaridad	Cualitativa	Período de tiempo para estudiar y aprender.	Grado de estudios de las pacientes, tomado del expediente.	Nominal politémica	1.-Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Licenciatura 5.-Carrera técnica
Parto vaginal	Cuantitativa	Nacimiento del producto de la gestación a través de la vagina de la madre.	Número de partos vaginales previos	Discreta	Número de partos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva, aplicando promedios y porcentajes para variables que sigan una distribución normal y para las variables con distribución anormal se utilizaran medianas y rangos.

Se utilizó el Software estadístico SPSS (IBM SPSS statistics) versión 26, año 2019.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio de investigación se apega a los siguientes lineamientos:

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (02-04-2014): del capítulo V, además de todos los artículos en torno a la población de estudio.

Reglamento federal de seguridad y salud en el trabajo (3-11-2014): capítulo III, capítulo XVI y XVII.

Declaración de Helsinki, modificada en Brasil en 2013: en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

La investigación médica en seres humanos solo debe realizarse en seres humanos cuando la importancia de su objetivo sea mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

El presente estudio, de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, es sin riesgo ya que solamente se tomarán datos del expediente clínico.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos materiales:

- Expedientes clínicos del Hospital General de Zona No. 20.
- Consentimiento informado.
- Hojas de recopilación de datos.
- Equipo de cómputo.
- Software SPSS version 26, año 2019.
-

FINANCIAMIENTO

Financiado por el investigador.

FACTIBILIDAD

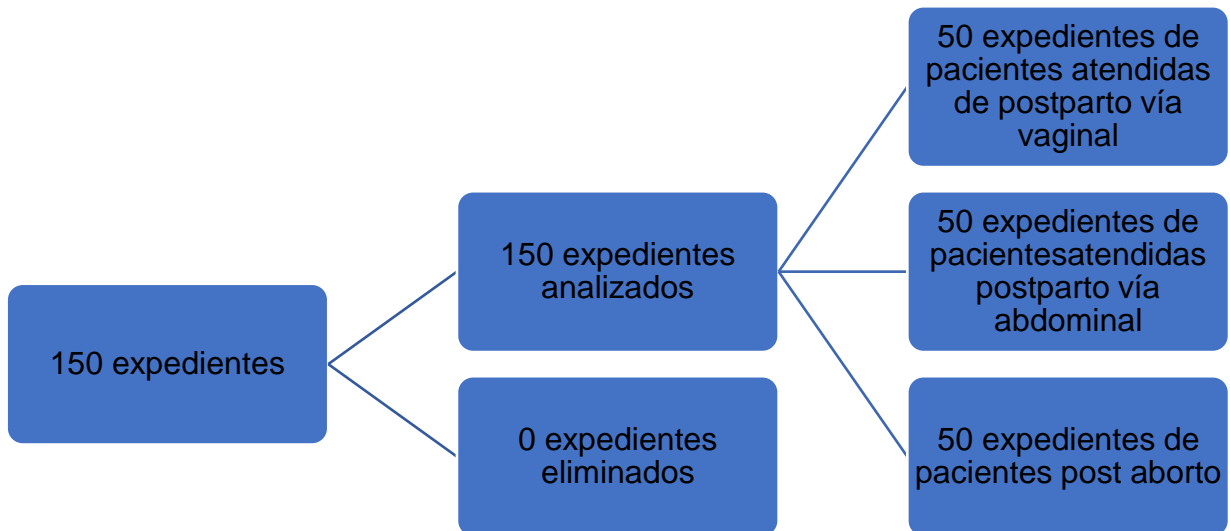
La presente investigación es factible dado que servirá como preámbulo a nuevas investigaciones y seguimiento de la población muestra. Además, cuestiones técnico administrativas y económicas serán financiadas por los investigadores y los recursos que puedan ser proporcionados por la unidad donde se pretende implementar este trabajo.

RESULTADOS

Distribución de la Población

Se analizaron 150 expedientes de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia para resolución del embarazo en el Hospital General de Zona No. 20,

IMSS, Puebla y se registraron 150 pacientes, de los cuales no se eliminó ningún expediente (flujograma 1).



Flujograma 1. Distribución de la Población.

La edad promedió de las 150 pacientes fue de 27.28 años, una talla media de 1.56 m y peso promedio de 69 kg (Tabla 1).

De acuerdo con su grado de escolaridad se encontró que $n=8$ (7%) de las pacientes presenta como máximo nivel de estudios la primaria, $n= 39$ % (26.4%), secundaria $n= 77$ (52%) concluyó el bachillerato $n=77$ (52%) y $n=19$ (12.4%) estudió una licenciatura, mientras que $n=7$ (4.1%) tiene una carrera técnica.

Del total de las mujeres participantes $n= 78$ (52.7%), se dedican al hogar $n=52$ (35.1%), es empleada $n=4$ (2%), comerciante $n=4$ (2.7%) enfermera $n=4$ (2.7%).y el restante $n=12$ (7.4%) es estudiante.

El estado civil: unión libre con un $n=88$ (58.8%) del total, $n=43$ (29.1%) es casada, mientras que $n=19$ (12.2%) soltera (Tabla 2).

Se evaluó la presencia de antecedentes no patológicos presentes en las pacientes embarazadas, encontrando que el 100% no fuma ni consume drogas, con respecto al alcoholismo el 97.3% negó presentar esta adicción, el 2% declaró tomar de manera regular y solo el 0.7% fue positiva a esta variable. Mientras que, ninguna paciente manifestó haber tenido antecedentes de inmobilizaciones previas recientes (Tabla 3).

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS CUANTITATIVAS				
Variables	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad (años)	150	16	44	27.28
Talla (m)	150	1.42	1.70	1.56
Peso(kg)	150	40	116	69.36

Tabla 1. Se presentan el valor mínimo, máximo, media y desviación estándar de edad, talla y peso de las gestantes.

ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Escolaridad		
Primaria	8	4.7
Secundaria	39	26.4

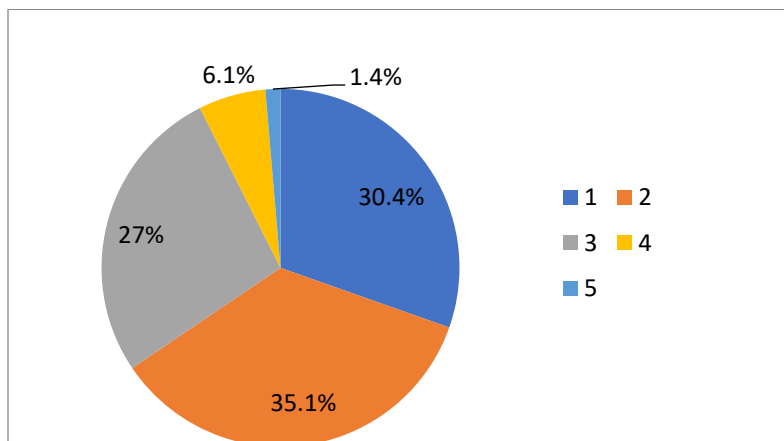
Bachillerato	77	52.0
Licenciatura	19	12.8
Carrera técnica	7	4.1
Ocupación		
Hogar	78	52.7
Empleada	52	35.1
Comerciante	4	2.0
Enfermera	4	2.7
Estudiante	12	7.4
Estado civil		
Soltera	19	12.2
Casada	43	29.1
Unión libre	88	58.8

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de escolaridad, ocupación y estado civil de las gestantes

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tabaquismo		
Si	0	0.0
No	150	100.0
Alcoholismo		
Si	2	0.7
No	144	97.3
Regular	4	2.0
Drogas		
Si	0	0.0
No	150	100.0
Inmovilizaciones previas recientes		
Si	0	0.0
No	150	100.0

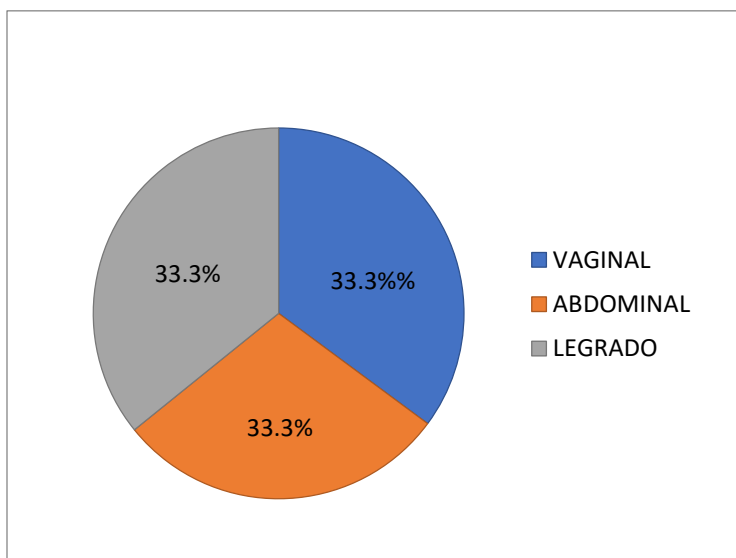
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje con respecto a antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas e inmovilizaciones previas recientes en las pacientes.

Como antecedentes perinatales se obtuvo que n= 46 (30.4%) de las pacientes a tenido solo una gesta anterior, n= 53 (35.1%) dos gestas, n=40 (27%) tres, n=9 (6.1%) cuatro y solo n=2 (1.4%) tuvo cinco gestas anteriores (Gráfica 1).



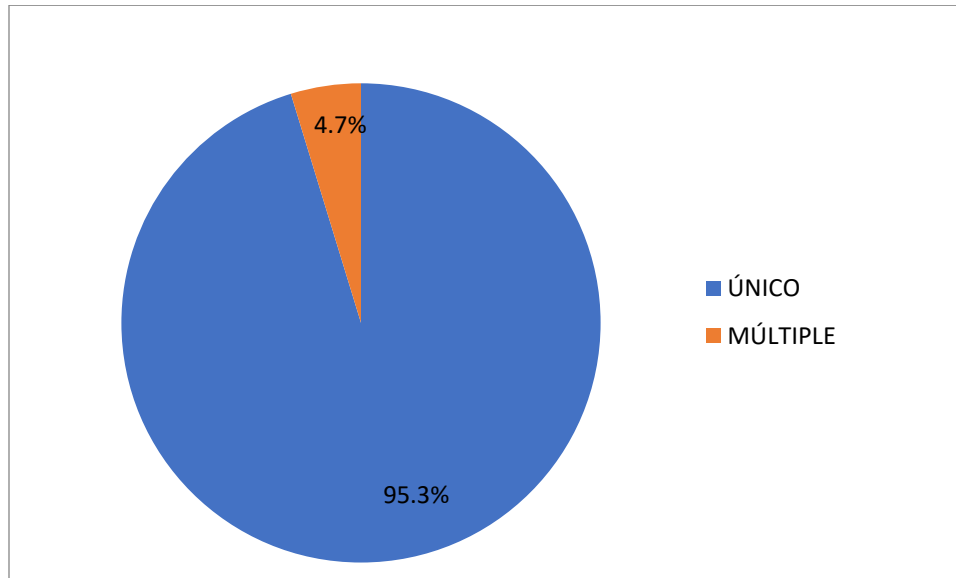
Gráfica 1. Porcentaje del número de gestas en las pacientes.

Con respecto a la vía de resolución fueron vía vaginal n=50 (33.3%), abdominal n=50 (33.3%), legrado n=50 (33.3%). (Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje de la vía de resolución de interrupción de embarazo.

Con respecto al tipo de embarazo n= 143 (95.3%) de las gestantes presentaron un embarazo único, mientras que el restante n= 7 (4.7%) tuvo embarazo múltiple (Gráfica 3).



Gráfica 3. Porcentaje tipo de embarazo de acuerdo al número de fetos

Se analizaron los datos referentes a los antecedentes gineco-obstétricos, donde solo el n=3 (2%) de las pacientes presentó pérdida gestacional recurrente, ninguna de ellas sufrió con anterioridad de alguna muerte fetal tardía no explicada n=0 (0%), de igual manera, el 100% de las gestantes no hizo uso de anticonceptivos orales. En cuanto a la presencia de preeclampsia n=2 (1.4%) de las mujeres, el restante no tuvo problemas con respecto a esta complicación. Finalmente, ninguna de las embarazadas evaluadas en este estudio presentó Restricción de Crecimiento Intrauterino (Tabla 4).

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Pérdida gestacional recurrente		

Si	3	2.0
No	147	98.0
Muerte fetal tardía no explicada		
Si	0	0.0
No	150	100.0
Uso de anticonceptivos orales		
Si	0	0.0
No	150	100.0
Preeclampsia		
Si	2	1.4
No	148	98.6
Restricción de Crecimiento Intrauterino		
Si	0	0.0
No	150	100.0

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje con respecto a antecedentes de pérdida gestacional, muerte fetal, uso de anticonceptivos, preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino en las pacientes.

Otras variables analizadas corresponden a los antecedentes patológicos de las pacientes. Se reportó que ninguna de ellas ha presentado trombosis o cirugía en el último mes ocasionada por alguna enfermedad (Tabla 5).

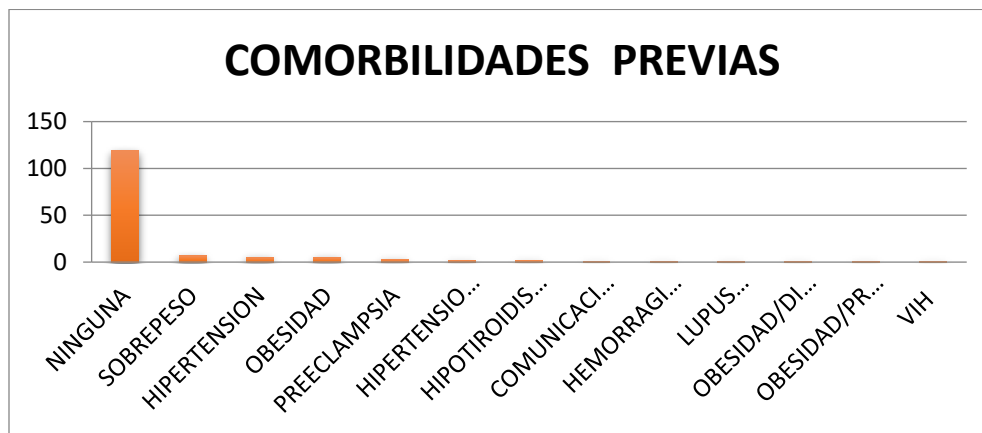
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cirugía en el último mes		
Si	0	0.0
No	150	100.0

Trombosis

Si	0	0.0
No	150	100.0

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje con respecto a antecedentes de cirugías realizadas en el último mes y presencia de trombosis en las pacientes.

Con respecto a las comorbilidades que se presentaron en esta gestación, la más frecuente fue sobrepeso $n=7$ (4.7%), seguido de hipertensión arterial y obesidad $n=5.1$ (3.4%) cada una, las comorbilidades como preeclampsia e hipotiroidismo estuvieron presentes $n= 3$ (2%), mientras que la hipertensión arterial gestacional solo se manifestó en $n= 2$ (1.4%) de las embarazadas. Por otro lado, enfermedades como la comunicación interauricular, el virus de inmunodeficiencia humana, hemorragia obstétrica, lupus eritematoso sistémico, obesidad más preeclampsia y obesidad más diabetes mellitus, $n=1$ (0.7%) de las comorbilidades manifestadas en la paciente, es importante destacar $n=118$ (79.1%) del total de las mujeres evaluadas no desarrollaron algún tipo de comorbilidad (Gráfica 4).



Gráfica 4. Comorbilidades presentes durante el embarazo.

Resultados del apego a la Guía de Práctica Clínica

Se calculó el grado de apego primero por categorías: Promoción, Factores de Riesgo, Diagnóstico, Tratamiento, Tratamiento no farmacológico y de soporte, Tratamiento periparto, referencia.

El apego en el rubro de promoción fue de 61.3 % de cumplimiento calificándose 3 ítems con sus respectivos porcentajes de apego: identificación de mujeres con condiciones médicas previas que incrementan el riesgo de enfermedad tromboembólica, identificando condiciones asociadas al embarazo y puerperio, información a la mujer con factores de riesgo sobre las medidas de tromboprofilaxis existentes no medicamentosas. (Gráfica 5).

En factores de riesgo se calificaron dos ítems refiriéndose a la evaluación realizada que contemple factores de riesgo y determina la posibilidad de requerir tromboprofilaxis y si se otorgó manejo farmacológico y no farmacológico en pacientes con múltiples factores de riesgo, con un porcentaje de apego en este rubro del 60.3%.(Gráfica 5).

Para el rubro de diagnóstico se calificaron dos ítems evaluando si se solicitaron los estudios específicos para su diagnóstico así como estudios auxiliares que marca la guía de práctica clínica en pacientes que tuvieran sospecha de trombosis con un apego de 65.5% . (Gráfica 5).

En el rubro de tratamiento se evaluaron tres ítems identificándose si hubo suspensión de anticoagulantes al momento de la interrupción del embarazo y si se reinician posterior a la interrupción del embarazo en 6 a 12 hrs en pacientes con factores de riesgo o anti coaguladas como lo marca la guía de práctica clínica, además de evitar deshidratación e inmovilización prolongada obteniendo que el apego para este rubro es de un 44.6%. (Gráfica 5).

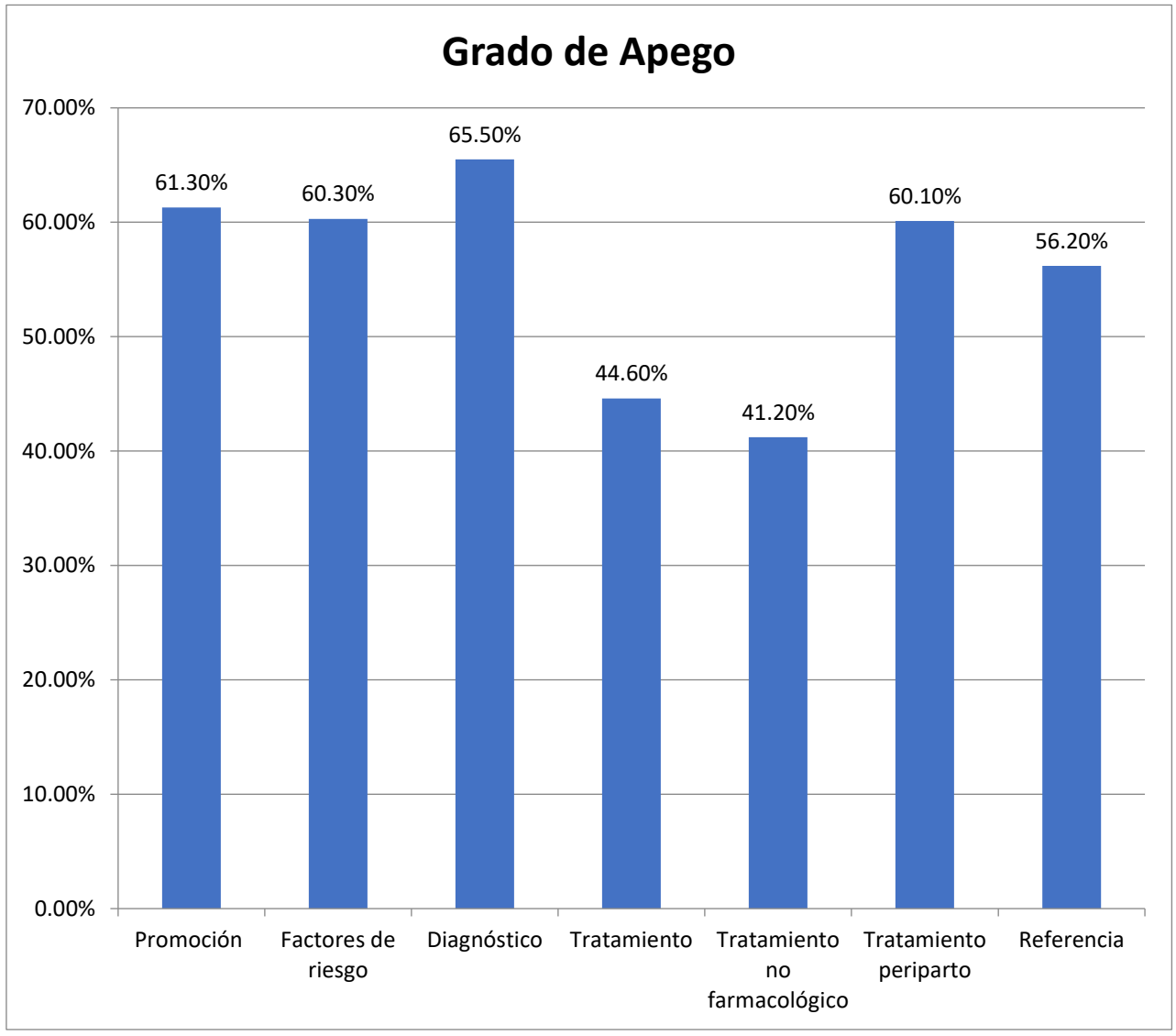
En el rubro de tratamiento no farmacológico se evaluó un ítem identificando si se llevaron a cabo las medidas para evitar el riesgo de trombosis posterior a la intervención del embarazo obteniendo un apego de 41.2%. (Gráfica 5).

El apego en el rubro de tratamiento periparto evalúa 3 ítems si se realizó inducción de trabajo de parto de forma programada en todas las pacientes que reciben anti

coagulación, si se hospitalizaron las pacientes para realizar recambio de anti coagulantes orales por heparina no fraccionada o de bajo peso molecular a las 36-37 semanas de gestación y si pacientes con antecede de cardiopatía se reinició anticoagulante oral en el 2-3 día del puerperio con un apego del 60.1%.(Gráfica 5).

En rubro de referencia se evaluó un ítem en relación si se realizó el ingreso de las pacientes con alta probabilidad de tromboembolia pulmonar a unidad de cuidados intensivos obteniendo un apego del 56.2%. (Gráfica 5).

En cuanto apego general de la guía de práctica clínica, se reportó una media de 55.6% para el total de los rubros en los expedientes calificados encontrándose en un mal apego ($\leq 59\%$).



Gráfica 5. Porcentaje de apego a la GPC por rubros.

DISCUSIÓN

Los resultados que esta investigación arroja son de suma importancia debido a que en esta unidad en los últimos tres años han existido pacientes con desenlace fatal por dicha enfermedad la cual es prevenible. En este estudio se observa que: la típica paciente es de edad promedio de 27 años, con una talla media de 1.56 y peso promedio de 69 kg, primigesta, con embarazo único, sin antecedente de pérdida gestacional recurrente, muerte fetal, sin uso de anticonceptivos orales previos, sin preeclampsia o Restricción del Crecimiento Intrauterino en embarazos previos, todas las pacientes negaron tener antecedente de cirugía en el último mes y antecedente de trombosis.

Con respecto a las comorbilidades previas que presentaban en esta gestación, el 79.1% de las pacientes no presentaron ninguna. Sobrepeso con un 4.7%, obesidad con un 3.4% igualando a preeclampsia con hipertensión en un 3.4%, seguido de preeclampsia e hipotiroidismo en un 2% y en último lugar: comunicación interauricular, VIH, hemorragia obstétrica, lupus eritematoso sistémico, obesidad más preeclampsia y obesidad más diabetes mellitus con un 0.7% todas ellas.

En cuanto al grado de apego según las recomendaciones que se establecen por la guía de práctica clínica se encontró que de forma general: mal apego

De acuerdo con nuestra calificación se considera mal apego un porcentaje menor del 59%. En nuestro estudio los rubros de: “referencia” obtuvo un 56.2%, “tratamiento no farmacológico” correspondió a un 44.6%, “tratamiento farmacológico” en un 41.2%; considerándose estos tres con mal apego.

En los demás rubros fueron los siguientes porcentajes: 61.3% en promoción, factores de riesgo con un 60.3%, diagnóstico con un 65.5%, tratamiento periparto 60.1%. Considerándose una calificación regular de apego. No se obtuvo ningún rubro con buen apego.

Es importante mencionar que en los expedientes analizados en nuestro estudio no se encontraron pacientes con algún tipo de enfermedad tromboembólica esto podría ser debido a que la mayoría de las pacientes que ingresan al servicio para resolución del embarazo son pacientes jóvenes, primigestas y sin toxicomanías, sin antecedentes de cirugías previas y sin antecedentes de trombosis; pese a que tienen el factor de riesgo de embarazo.

Los resultados de esta investigación son similares a los reportados en estudios nacionales que evalúan el grado de apego a distintas guías de práctica clínica en primer nivel de atención donde se reportan que los profesionales de la salud tienen un bajo apego a las mismas en su actividad diaria como lo marca un estudio que se realizó de evaluación al apego de la guía de práctica clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad médico familiar de Morelia Michoacán de enero 2014 a enero 2015, donde se evaluaron 92 expedientes electrónicos de adolescentes embarazadas. Se utilizó la Cédula Única de Evaluación del Proceso de atención materna integral para el primer nivel de atención y se evaluaron 14 acciones a través de tres puntos críticos: oportunidad diagnóstica, continuidad de la atención, apego al diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias y tratamiento establecido, evaluando si se cumplía o no con la recomendación y concluyendo que el apego a la GPC por parte de los médicos familiares en este estudio no fue adecuado.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño realizó una estrategia de implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud y publicó en febrero 2015 en su página de internet la evaluación del apego a la GPC de las instituciones en el sector público IMSS, ISSSTE y SSA en la cual se realizó una revisión de expedientes evaluándose solo las evidencias plasmadas y los resultados estatales como indicadores en donde se observó dentro de los resultados de apego a recomendaciones para la atención prenatal en el IMSS el porcentaje de expedientes con grado de apego a recomendaciones mayor del 75% en el IMSS fue solo del 46%, siendo calificada como un mal apego.

Ahora bien en la literatura a nivel nacional son pocos los estudios realizados de esta índole en general los estudios encontrados no evalúan a las mujeres dentro del período de puerperio. Existe un estudio realizado en el año de 2010 en la Ciudad de México dentro del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE entre los meses de enero de 2010 a diciembre de 2016, que evaluó a las pacientes que presentaban algún tipo de enfermedad tromboembólica y los factores de riesgo asociados. Encontrándose a las trombofilias como la principal causa de enfermedad tromboembólica siendo de estas la más frecuente la adquirida, como lo reporta la bibliografía; es decir el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en el 40%. En nuestro estudio no se encontraron pacientes con dicho diagnóstico.

En cuanto a la profilaxis antitrombótica, encontramos en la bibliografía que este es el que es el pilar para disminuir el riesgo de un desenlace fatal. Se menciona en la guía FLASOG de enfermedad tromboembólica y embarazo 2015, el riesgo de recurrencia entre las pacientes embarazadas que han tenido una enfermedad tromboembólica venosa previa es del 2.4% a 10.2%. Es de suma importancia iniciar profilaxis antitrombótica al establecer si una mujer embarazada lo requiere. En caso de cumplir dos factores de riesgo deberá considerarse iniciar tratamiento farmacológico. De requerir cesárea de urgencia se considera candidata para la profilaxis antitrombótica ya que el riesgo de enfermedad tromboembólica se incrementa. En nuestro estudio no se encontraron expedientes con pacientes que presentaran eventos trombóticos previos. Sin embargo, en nuestro estudio; el rubro de “tratamiento” presentó apego en un 44.6% lo que abre una ventana de oportunidad al poder iniciar un tratamiento farmacológico temprano ya que en el Hospital General de Zona No. 20 no se lleva acabo de manera adecuada.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación nos proporcionan un escenario real y actual de lo que está sucediendo en la atención y vigilancia de las pacientes en el período de puerperio.

Este estudio servirá como base para realizar próximas investigaciones en las que se realice una comparativa acerca de los resultados maternos actuales con años próximos, esto con el fin de mejorar las estrategias existentes y crear nuevas para lograr un mejor conocimiento de las características de la población que se atiende en el Hospital General de Zona No. 20, las comorbilidades asociadas y los resultados de las enfermedades que afectan a este grupo de pacientes y por tanto indicar un ingreso de forma oportuna para tratamiento trombotrófico, identificación y corrección de comorbilidades previas y sobre todo promoción y prevención de estos cuadros en las mujeres durante el embarazo y puerperio, así como su ingreso oportuno a la unidad de cuidados intensivos, para llevar a cabo un manejo integral multidisciplinario con los médicos especialistas en ginecología y obstetricia y medicina crítica, logrando de esta manera disminuir la morbilidad y la mortalidad materna en este hospital.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran los datos obtenidos, los cuales son reportados y registrados por los médicos en formación.

La difusión de estos resultados obtenidos servirá para promover en el servicio de ginecología y obstetricia la Guía de Práctica Clínica: “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” entre los médicos adscritos, residentes y personal de enfermería, realizando revisiones semanales de la misma con evaluaciones constantes. Además de poder llevar a cabo la impresión de las recomendaciones establecidas en dicha guía para examinar junto con los expedientes clínicos que recomendaciones no se están llevando a cabo y publicar de forma semanal dichos resultados para mejorar la atención en el servicio.

CONCLUSIÓN

El apego a la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio” fue en general mal apego de acuerdo a la calificación que se obtuvo siendo del 55.6%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer F, Ovarzún E. Trombosis venosa en el embarazo. Rev Med Clin. 2014; 25(6):1004-1018.
2. Mejia Monroy A, Martínez Restrepo A, Montes de Oca D, Bolatti H, Escobar Vidarte M. Enfermedad Tromboembólica Venosa y Embarazo. FLASOG. 2014; 1(5):12-31.
3. Gutiérrez-Castañeda MR, Font-López KC. Trombofilias y embarazo: incidencia, factores de riesgo y resultados perinatales. Ginecol Oster Mex. 2017. 2017; 85(10):676-684.
4. James A. Thromboembolism in pregnancy. Practice Bulletin No. 19 ACOG. Oster Gynecol. 2000; 96(1):1-10.
5. ICGON: Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología [internet]. Barcelona: Profilaxis de la enfermedad tromboembólica durante el embarazo; [consultado 9 jul 2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica.pdf>.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Trombosis en el Embarazo y Puerperio [internet]. México: IMSS [consultado 6 Agost 2019]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>.
7. Rojas-Sánchez AG, Navarro-de la Rosa G, Mijangos-Méndez JC, Campos-Cerda R. Tromboembolia pulmonar en el embarazo y puerperio. Neumol Cir Tórax. 2014; 73(1): 1:42-48.

8. Sevrini I, Robaina R, Saona G, Carrizo C, San Martín R. Importancia del estudio con D-Dímeros en el control biológico del embarazo en pacientes con trombofilia. *Arch Med Interna*. 2011; 33(2):25-27.
9. Keekerika N. Probabilidad clínica de tromboembolismo pulmonar: beneficio diagnóstico de las escalas de predicción y de los dímeros D. *Emergencias*. 2014; 26(1):243-250.
10. Suárez-Muñiz MP. Trombosis venosa profunda en obstetricia. *Anest ginecol obstet*. 2011; 34(7):102-105.
11. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva: México, 2002. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2004 [citado 23 Dic 2017]; 46(1):75-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342004000100011&lng=es.
12. Saturno PJ. Evaluación de las Guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Primera edición. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2015; 12(1):50-132.
13. González-González, E., Fernández-Vega, M., González-Salinas, C., & Hernández-Zenteno, R. D. J. (2016). Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de EPOC por médicos de primer nivel. *Neumología y cirugía de tórax*, 75(3), 215-221.
14. Alcorta M, Blasco J, Bernal E, Briones E, Salcedo F. (2010). Grupo de trabajo sobre la Implementación de las Guías de Prácticas Clínicas en Sistema Nacional de Salud. *Manual de Metodología*. 2 (2): 7-12.
15. Guideline Development Group, Bilo, H., Coentrão, L., Couchoud, C., Covic, A., De Sutter, J., ... & Heimbürger, O. (2015). Clinical practice guideline on

management of patients with diabetes and chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR < 45 mL/min). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(suppl_2), ii1-ii142.

16. Hernández-Pacheco, J. A., Estrada-Altamirano, A., Nares-Torices, M. A., Ortega Casitillo, V. M. D. J., Mendoza-Calderón, S. A., & Ramírez Sánchez, C. D. (2013). Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 262-280.
17. Oñate Ramírez, A. L., Rendón Macías, M. E., Iglesias Leboreiro, J., & Bernárdez Zapata, I. (2014). Apego a guías clínicas para el manejo de bronquiolitis. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(4), 227-232..
18. Ramos, M. A. P., Hernández, L. E., Báez, M. V. J., & Jurado, L. S. (2017). Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. *Medicina general*, 6(6), 1.
19. Álvarez-Huante, Y. V., Muñoz-Cortés, G., Chacón-Valladares, P., & Gómez-Alonso, C. (2017). Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Atención Familiar*, 24(3), 107-111.
20. Pérez-Cruz, E., & González-Saucedo, K. P. (2016). Evaluación de la adherencia a guías clínicas para la prescripción de nutrición parenteral en pacientes pediátricos. *Revista del Hospital Juárez de México*, 83(1-2), 17-22.
21. Cabrera C, Chávez, González H. (2005). Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. *Revista de investigación clínica*.57 (5):685-690

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	Nivel de Apego a la Guía de Práctica Clínica: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Puebla 2020
Número de registro:	En proceso
Justificación y objetivo del estudio:	Apreciable Sra. existe una enfermedad llamada trombosis que es causante de que se formen coágulos en la sangre, los cuales pueden viajar por las venas y llegar a otro órgano generando obstrucción de venas más grandes y con eso la muerte, siendo una de las primeras 10 causas de muerte en el embarazo y después de la finalización del embarazo en todo el mundo. Por lo cual, es importante conocer si las medidas de prevención, el oportuno diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad se realizan de forma correcta y según lo descrito en la guía de práctica clínica. Esta investigación tiene la finalidad de mejorar la atención de las pacientes en el embarazo y puerperio y disminuir las muertes maternas por trombosis.
Procedimientos:	Para realizar el estudio, es necesario que realicemos una revisión de su expediente clínico, si usted lo autoriza, ya que usted cuenta con las características que se engloban en nuestro grupo de estudio, las cuales son: pacientes embarazadas o en periodo postparto o postoperada de cesárea, derecho habiente de esta unidad, con edad mayor de 18 años y riesgo de trombosis. Una vez obtenida la información de su expediente la vaciaremos en una hoja de recolección de datos que nos servirá para realizar su análisis. En todo momento se mantendrá en anonimato su identidad. Usted decidirá de forma voluntaria y sin presión si acepta participar en el estudio. Por favor lea la información que se le proporciona, y si tiene alguna pregunta con gusto le aclararemos dudas. Todos los procedimientos propuestos para este estudio están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la Investigación clínica.
Posibles riesgos y molestias:	La elaboración de esta investigación no le causará ninguna molestia física ni de otra índole, ya que solo se obtendrá información de su expediente clínico. , su participación no afectará la atención que se le proporciona en el IMSS. Por su participación en el estudio usted no tendrá que hacer ningún gasto ni recibirá ningún pago.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio será que usted tendrá la satisfacción de participar en una investigación que puede contribuir a realizar una adecuada práctica médica, así como adecuado tratamiento médico previo a tener la enfermedad y/o al contraer la enfermedad para disminuir el riesgo de muerte en nuestro hospital y con esto obtener beneficio en la población general.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al concluir los resultados de nuestra investigación nosotros reforzaremos la prevención de complicaciones maternas lo cual servirá para realizar una mejor atención medica Usted puede realizar en todo momento cualquier pregunta y nosotros aclararemos cualquier duda acerca del estudio de investigación.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria y es libre de decidir si acepta participar o no. La no participación o el retiro del estudio no va afectar los servicios médicos y ni la calidad de la atención que le otorga el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione de su expediente clínico y que pudiera identificarla, como nombre o teléfono, será mantenida de manera confidencial y no será divulgada, expuesta o publicada, garantizando su absoluta privacidad.

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número en vez de su nombre, que utilizaremos para identificar sus datos y este número será usado en nuestras bases de datos.

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

Investigador Responsable: Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín, Médico Base subespecialista en perinatología Maestra en Ciencias Médicas. Adscripción HGR #36, Puebla. Correo electrónico: dolores.martínez @ imss.gob.mx, Matricula: 10729321, Teléfono: 2224456947
Dra. Sthefania Meza Martínez, Residente de Ginecología y Obstetricia HGZ 20, Puebla. Correo electrónico: f_mm3@hotmail.com , Matricula: 99187703, Teléfono: 2227105803.

Colaboradores: Dr. Ernesto Corona Alvarado, Director Médico del HGZ No 20, Puebla, Matricula: 11177837, Teléfono: 2221020404, Correo electrónico: Ernesto.corona@imss.gob.mx.

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: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN PUEBLA**

Nivel de apego a la guía de práctica clínica: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Trombosis en el Embarazo y Puerperio".

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: _____

Numero de Seguridad Social: _____

Edad: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciada Viuda

Ocupación: _____

Peso: _____

Talla: _____

Escolaridad: Primaria Secundaria Bachiller Licenciatura Analfabeta

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Tabaquismo: Alcoholismo: Drogas: _____

Inmovilizaciones previas recientes (últimas 4 semanas): SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES GINECOOBSTETRICOS:

Numero de gestas: Partos Vaginales: Cesáreas: Abortos: _____

Vía de resolución: Parto Vaginal Cesárea Legrados

Tipo de embarazo: único _____ Múltiple: _____

Antecedente de pérdidas gestacionales recurrentes: SI _____ No _____

Antecedente de muerte fetal tardía no explicada: _____

Uso de AO previamente: SI _____ No: _____

Antecedente de preeclampsia en embarazos previos: SI: _____ NO: _____

Antecedente de RCIU en embarazos previos: SI: _____ NO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

COMORBILIDADES PREVIAS:

- HIPERTENSION ARTERIAL
- CARDIOPATIAS (PORTADORA DE VALVULA CARDIACA) SI: _____ NO: _____
- ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS: LUPUS: _____ ARTRITIS REUMATOIDE: _____
SINDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS: _____
- DIABETES MELLITUS:
- ANEMIA:
- ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS:

CRUGIA EN EL ÚLTIMO MES: SI _____ NO _____

ANTECEDENTE DE TROMBOSIS: SI _____ NO _____

PROMOCIÓN.				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Se identificó a las mujeres con condiciones médicas previas que incrementan el riesgo de enfermedad tromboembólica como: -Enfermedad cardíaca y antecedente de cirugía cardíaca -Enfermedades hematológicas -Lupus Eritematoso Sistémico -Obesidad -Anemia -Tabaquismo -Diabetes Mellitus -Hipertensión arterial sistémica -Sx de anticuerpos antifosfolípidos. -Uso de Anticonceptivos orales				
Se realizó una historia clínica completa en donde se identifican condiciones asociadas al embarazo y puerperio que incrementen el riesgo de enfermedad tromboembólica como son: -Embarazo múltiple - Hiperémesis gravídica -Hemorragia preparto -Cesárea -Infección postparto -Transfusión sanguínea				
Se informa y orienta a la mujer en edad reproductiva con factores de riesgo las medidas de tromboprolifaxis existentes no medicamentosas.				

FACTORES DE RIESGO				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Previo a la realización de cesárea se efectúa una evaluación que contemple los factores de riesgo y se determina la posibilidad de requerir tromboprolifaxis.				
Se otorga manejo profiláctico farmacológico y no farmacológico en pacientes con múltiples factores de riesgo.				
DIAGNÓSTICO				
	SI	NO	N/A	Grado de apego

Ante sospecha de trombosis venosa profunda en la paciente embarazada o puerperio, se realiza alguno de los siguientes estudios: -Ultrasonografía de tiempo real y Doppler -Resonancia magnética Venografía o Plestografía				
En pacientes con sospecha de enfermedad tromboembólica se realiza estudios auxiliares como: -Electrocardiograma -Radiografía de tórax -Dímero D -Ecocardiograma transtorácico.				
TRATAMIENTO				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Se evita la deshidratación e inmovilización prolongada durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio en pacientes con múltiples factores de riesgo y pacientes anticoagulada.				
Se realiza suspensión de la administración de heparina una vez iniciado el trabajo de parto o 24 horas antes a la inducción del mismo.				
Se reinicia 6 horas después de un nacimiento vía vaginal y de acuerdo a los factores de riesgo en la paciente de 6 a 12 horas después de una cesárea.				
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y DE SOPORTE				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Se llevan a cabo las recomendaciones de la GPC para prevención de la trombosis manejo no farmacológico posterior a la resolución del embarazo -Posición semifowler no mayor de 45 grados -Masaje corporal de las extremidades -Movilización temprana				
TRATAMIENTO PERIPARTO				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Se realiza inducción de trabajo de parto de forma programada en todas las pacientes que reciben anticoagulación.				

Se hospitaliza a la paciente a para realizar recambio de anticoagulantes orales por HNF o HBPM a la semana 36-37 de gestación				
En pacientes portadoras de válvulas mecánicas cardíacas que en su manejo usaron anticoagulantes orales, se reinició el anticoagulante oral en el 2 o 3 día del puerperio.				
REFERENCIA				
	SI	NO	N/A	Grado de apego
Se ingresaron a las pacientes con alta probabilidad de tromboembolia pulmonar a unidad de cuidados intensivos para estudio y manejo.				