



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina y Psicología
División de Estudios de Posgrado e investigación**

**Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de
Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B. C.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

Teresa Salazar Galindo

FECHA DE PRESENTACION: 04 de noviembre 2019.

ASESORES

Dra. Susana Suarez Vaca

Médico Familiar adscrito UMF No. 27,

Tijuana, Baja California, 4 de noviembre, 2019

INDICE

Identificación de los autores	3
Resumen	4
Marco teórico	5-7
Antecedentes	8-14
Justificación	14-15
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	15-16
Objetivos	16-17
Material y metodos	17-27
- Diseño del estudio	
- Población de estudio	
- Periodo	
- Lugar de realización de estudio	
- Selección y tamaño de la muestra	
- Criterios de selección	
- Instrumentos	
- Metodos y procedimientos	
- Definiciones conceptuales y operacionalización de variables	
- Análisis estadísticos	
Aspectos éticos y normativos	27-28
Recursos humanos, financieros y factibilidad	28-29
Cronograma de actividades	29
Resultados	30-47
Discusión	48
Conclusiones	49
Fortalezas y limitaciones	49
Cronograma de actividades	51
Referencias bibliográficas	52-53
Anexos	54-60
- Definiciones operacionales y Operalización de variables	54-55
- Cronograma de actividades	56
- Cedula Única de Evaluación del Proceso de materno integral	57
- Instructivo Metodológico de evaluación de la calidad de atención medica en primer nivel	58-59
- Hoja de recolección de datos de otras variables	60
- Votos aprobatorios	62-64

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Susana Suarez Vaca, Médico especialista en Medicina Familiar.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

Matricula: 99028035

Teléfono: 664 1238919

Correo electrónico: drasusuva@hotmail.com

Dirección: Calle Oración 5221, Colonia Hipódromo dos, C.P. 22480

TESISTA: Teresa Salazar Galindo, Médico residente de Medicina Familiar

Unidad de adscripción: Unidad Familiar de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California

Instituto Mexicano del Seguro Social

Cedula: 98025734

Teléfono: 664 607-6878

Correo electrónico: teresa.salazar20@hotmail.es

Lugar donde se llevará a cabo: Unidad de Medicina Familiar No. 27, IMSS, Tijuana Baja California.

RESUMEN

Título

Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B. C.
Suarez-Vaca S, Salazar-Galindo T.

INTRODUCCION:

El cuidado prenatal adecuado reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal, través de la prevención, detección y tratamiento oportuno de las complicaciones. La identificación de las mujeres con alto riesgo de desarrollar complicaciones en esta etapa por parte del Médico Familiar, mejora los resultados en la salud del binomio.

OBJETIVO: Determinar el porcentaje de apego a la Guía de Práctica Clínica (GPC) Con enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS, Tijuana Baja California.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, analítico, observacional, transversal y retrospectivo. Se revisaron 395 expedientes electrónicos de pacientes que iniciaron su control prenatal a partir de enero, 2018, que fueron registradas como cita de primera vez en la UMF. No. 27 del IMSS en Tijuana B. C. y que lo terminaron en octubre, 2018. Para evaluar el porcentaje de apego a la GPC con Enfoque de Riesgo, se utilizó la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral elaborada por el IMSS. La selección de la muestra se llevó acabo con el método no probabilístico con el que se obtuvo 395 expedientes clínicos. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: El apego fue de 81.3%, con un promedio de 85.1. La acción con apego en un 100% fue la información sobre cuales son y cómo identificar los signos de alarma obstétrico, seguido de 99.49% para la toma de tensión arterial y 99.24 para la promoción de salud.

El estudio fue factible y de bajo riesgo, por tratarse de revisión de expedientes.

PALABRAS CLAVE: *Control prenatal, guía de práctica clínica, IMSS.*

MARCO TEORICO

La Guía de Práctica Clínica, 2009 define el control prenatal como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal, por lo que la atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, cuyo objetivo principal es detección oportuna, la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, diagnóstico y su atención adecuada por ser las principales causas prevenibles de mortalidad materna y perinatal mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, lo que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. ⁽¹⁾ El control prenatal 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 objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza.⁽²⁾

La OMS, 2016 define el nuevo modelo del cuidado antenatal como el cuidado proporcionado a las mujeres y adolescente por los profesionales de la salud capacitados, con el objetivo de asegurar las mejores condiciones para la madre y producto de la gestación durante el embarazo. En este nuevo modelo de cuidado antenatal para una experiencia positiva durante el embarazo, se establece que se realicen mínimo, 8 visitas médicas durante todo el embarazo, con el fin de reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos. Éste consta de 39 recomendaciones englobados en 5 rubros: Intervención nutricional, evaluación materno y fetal, medidas preventivas, intervenciones para los síntomas fisiológicos comunes e intervenciones de salud para mejorar la utilización y calidad del control antenatal. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la mortalidad perinatal como todas las muertes que ocurren desde la semana 22 de gestación y/o 500 gr de peso

hasta los 7 días de vida extrauterina. Según el momento del descenso se clasifica en anteparto e intraparto. La mortalidad neonatal a su vez se subclasifica en temprana y tardía. La temprana ocurre dentro de las 2 primeras semanas de vida extrauterina y la tardía después de las 2 semanas de vida extrauterina.

El control prenatal adecuado según el modelo OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de Riesgo. La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para éste son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representan aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal.

Con la atención prenatal se persigue: la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, la preparación psicofísica para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido, informar a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir.

La APN debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura a través de las Actuaciones de la Red de Atención Primaria de la Salud y de la Red de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria. Ésta se divide en la atención primaria y la atención especializada. En la primera se lleva a cabo la captación de la mujer embarazada, la atención del embarazo normal, la detección del riesgo gestacional, derivación a la atención especializada y si procede la educación sanitaria, maternal, así como asistencia al puerperio extrahospitalario. En la Atención especializada, se lleva a cabo la

valoración y seguimiento del embarazo de riesgo, las interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva, controles ecográficos, técnicas de diagnóstico prenatal invasivas, control del embarazo que supere las 40 semanas y la asistencia al parto y puerperio inmediato. ⁽⁴⁾

Para evaluar el apego a la guía de control prenatal, el Departamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) elaboró una cédula de evaluación, este instrumento valora los principales puntos críticos y las causas raíz del proceso salud-enfermedad, contiene 47 causas potenciales de disfunción del proceso relacionado a 10 indicadores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2014 y el cumplimiento de los criterios seleccionados de la GPC en atención prenatal con enfoque de riesgo en primer nivel. Para medir el apego de la GPC de interés se evaluaron indicadores que corresponden al primer nivel de atención. La Cédula Única de Evaluación del Proceso (CUEP) de atención materna integral para el primer nivel de atención evalúa 14 acciones a través de tres puntos críticos: a) oportunidad diagnóstica (prueba inmunológica de embarazo, en el módulo de vigilancia prenatal); b) continuidad de la atención (cita prioritaria a embarazadas, embarazadas remisas y embarazadas reintegradas); y c) apego al diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias (diagnóstico clínico y/o laboratorio, tratamiento establecido). En la actualización del año 2017 de la Guía de Práctica Clínica sobre el control prenatal, se realizaron algunos cambios. En esta se cambió el título a Guía de Práctica del Control prenatal Centrada en la paciente con el fin de enfocarse en las necesidades de cada paciente, en cada consulta, así mismo cuenta con una cedula de evaluación basada en los puntos críticos ya establecidos por el Metodológico de Indicadores médicos elaborados por el IMSS en su actualización 2014. ⁽²⁾

ANTECEDENTES

La mortalidad neonatal y materna es un indicador que se relaciona con la oportunidad y calidad de atención de los servicios de salud para el recién nacido, la atención del embarazo y parto, así como el estado socioeconómico de una población y el grado de desarrollo de un país. Como especialidad, la Medicina Familiar abarca todos los aspectos de la salud de la mujer, incluyendo cuidado prenatal y de maternidad, por lo que la función del Médico familiar es crucial para proveer cuidado prenatal, con el fin de prevenir resultados adversos perinatales y mejorar el desarrollo de la niñez.

De acuerdo a la OMS, la mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015 y la meta sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, aunque se han logrado grandes avances en la reducción de mortalidad neonatal con la implementación y recomendaciones de la OMS a nivel mundial, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de los cuales el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

En 2015 se estimaron 303 000 muertes por causas relacionadas con el embarazo. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana. Las cinco principales causas de muerte materna, que componen el 75% son: hemorragia severa, infecciones, enfermedades hipertensivas del embarazo, complicaciones del parto, y abortos no seguros. La salud materna y neonatal está íntimamente relacionada.

En el 2015 se estimó que 2.7 millones de recién nacidos murieron y 2.6 siguen vivos.⁽⁵⁾ El reporte de UNICEF mostró una reducción anual de 1.8 por ciento en

1990-2000 a 3.9 por ciento durante 2000-2015. Desde el año 2000 se redujo la mortalidad en niños menores de 5 años en 48 millones. Entre el año 1990- 2015, 62 de los 195 países estimados alcanzaron la meta de Desarrollo del Milenio para la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años establecidos por la OMS para 2015, entre ellos 24 países son de bajo y medio ingreso ⁽⁶⁾

Según Say L et al, 2014 en su análisis sistemático metacéntrico donde estudiaron las causas globales de muertes maternas durante 7 años, cerca del 73% fueron debidas a causas obstétricas directas y 27.5% por causas indirectas: las principales causas fueron: hemorragia 27.1%, de estas más de 2 tercios reportaron muertes por hemorragia posparto, la hipertensión fue la segunda causa 14.5%, seguido de sepsis 10.7%, aborto 7.9%, embolismo y otras causas indirectas 12.8%. Sudáfrica, Asia ocuparon el primer lugar de muertes por hemorragia y la hipertensión en Latinoamérica y el Caribe 22.1% durante 2003-2009, esto fue similar a lo reportado por la OMS en el 2005.⁽⁷⁾ El reporte Nacional de Estadísticas Vitales de USA por su siglas NVSS de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2014 reportó una tasa de 611.7 de muertes fetales de 20 semanas de gestación por cada 100,000 nacidos vivos (15,840) en 37 áreas de los Estados Unidos de Norte América. El 90.4% de estas muertes fueron por 5 causas principales: causas inespecífica 30%, otras causas 10%, malformaciones congénitas 10%, condiciones maternas no relacionadas con el embarazo, complicaciones maternas 14% y 28% por condiciones de la placenta y cordón umbilical. ⁽⁸⁾ En un estudio realizado en USA, por Tong et al en 2012, encontró que el cuidado prenatal por los médicos familiares declinó de 23.3% en 2000 a 9.7% en el 2010 y de los médicos familiares que proporcionaron cuidado prenatal solo el 10.1 % de su tiempo se ocupó en esta función durante 2000-2010. ⁽⁹⁾

En Costa Rica, Alfaro-Vargas y col en el 2014, analizaron el control prenatal brindado a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl según lo establecido por su guía de práctica clínica en donde encontraron que el control prenatal fue brindado por el médico general en un 86,5%, el 13% por especialista en ginecobstetricia y un 0,3% enfermería

ginecobstétrica y únicamente el 20% de las pacientes refirió que se les había realizado una entrevista completa con enfoque de riesgo. A si mismo se reportaron 63.910 nacimientos y la cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad fue del 74,93%. ⁽¹⁰⁾

Según ENSANUT 2012, en México se han registrado avances importantes en la salud de los niños, reflejandose en una reducción significativa de la mortalidad infantil en más de 50%. Sin embargo, pese a estos aún queda mucho trabajo por realizar. Durante 2010 se registraron en el país 28,865 muertes en menores de cinco años, muchas de las cuales podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud, con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales. ⁽¹¹⁾

En el 2009 la SSA (Secretaria de Salud) lanzó la Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. Es importante señalar que en México la mortalidad materna ha disminuido de forma paulatina pasando de 88.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos en 1990 a 43 en 2011, probablemente atribuidos a la estrategia previamente mencionada. ⁽¹²⁾

El INEGI reportó una tasa de natalidad bruta de 18.3 por cada 1000 habitantes, y tasa de fecundidad global 2.2 por cada 1000 mujeres en el 2016. ⁽¹³⁾ Por su parte a COPLADE reportó en Baja California las mujeres en edad reproductiva, de 15 a 49 años de edad, representan 55.5 por ciento del total de la población femenina. La tasa específica de fecundidad más alta se observa en las edades de 20 a 24 años con una estimación de 118.7 nacidos vivos por cada mil mujeres en esa edad. La Tasa Global de Fecundidad en 2014 para Baja California es de 2.1 hijos en promedio por mujer. ⁽¹⁴⁾ A si mismo las Secretaría de Salud, DGIS, SINAIS en su boletín 2014-2015 reportó 64,893 muertes por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. ⁽¹⁵⁾

Freyermuth-Enciso M y cols. en el 2014 en México, encontraron que durante los periodos 2002-2006 y 2007-2011 el número de defunciones maternas evitables se

redujo a nivel nacional, pasando de 5,257 a 4,046 respectivamente, representando 83.9% y 75.1% de las defunciones maternas para cada periodo analizado.⁽¹⁵⁾ González-Pérez y cols. realizaron un estudio estadístico descriptivo en las 36 delegaciones del IMSS de los 32 estados de la República Mexicana en el año 2011 al 2014, sobre tendencias y causas de mortalidad neonatal en el IMSS, encontrando 15,613 decesos neonatales, de los cuales 8,764 correspondieron al género masculino y 6,849 al género femenino, con una relación hombre: mujer de 1.2:1. La tasa de mortalidad neonatal en el IMSS por año fue de 8.7 en 2011 en 8.8, 2012, 8.2, 2013 y 8.1 2014 por 1,000 nacidos vivos. Las delegaciones con las tasas más altas en el periodo de estudio fueron: Veracruz Sur con 13.5 en 2011 y 13.2 en 2012, Estado de México Oriente con 11.5 en 2013 y Zacatecas con 11.3 en 2011. Baja California reportó una tasa de 9.8 en 2011, 6.4 en el 2012, 6.2 en el 2013, y 7.2 en el 2014. Las primeras 9 causas de mortalidad neonatal precoz temprana en el periodo analizado fue según el CIE-10: trastornos relacionados con duración corta de gestación y bajo peso al nacer, (23.8%), dificultad respiratoria del recién nacido, (15.8%), malformaciones congénitas, (5.3%), otras malformaciones congénitas del corazón, (5.3%), sepsis bacteriana del recién nacido, (4.6%), asfixia al nacimiento, (3.7%), otras afecciones originadas en el periodo perinatal, (2.9%), hipoxia intrauterina, (2.6%) y el síndrome de aspiración neonatal, (2.6%).⁽¹⁶⁾

Gonzaga-Soriano MR y cols. en 2013 reportó en su estudio retrospectivo realizado en Tijuana Baja California, durante 2005-2012, 44 muertes maternas (MM) derechohabientes del IMSS, de las cuales 30 asistieron a atención prenatal (AP), el promedio de citas fue de 3.8 y 18 tuvieron una AP adecuada de ≥ 5 citas mínimas, seis no sabían que estaban embarazadas; 19 fueron por causa obstétrica directa, 21 por causa indirecta y cuatro por causa no obstétrica de las cuales ocho ocurrieron durante el embarazo, dos durante el parto y 34 durante el puerperio.⁽¹⁷⁾

Existe amplia información a nivel global, internacional y nacional sobre la morbi-mortalidad neonatal y materna, sin embargo es poca la disponible a nivel local, así como escasa o nula información acerca del apego a las guías de práctica clínica

sobre el control prenatal. Soni-Trinidad y cols., en el año 2012 encontraron que las principales causas de morbi-mortalidad materna en el Hospital Regional de Posa Rica Veracruz México, de 364 pacientes fueron: hemorragia del primer trimestre 45% (164) y trastornos hipertensivos en 40% de los casos (146). Los factores de riesgo con asociación significativa para preeclampsia: el ser primigesta, la edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años y para aborto paridad mayor de cuatro. ⁽¹⁸⁾

Hernández-Mier C, 2014 encontró que la especialidad de Medicina Familiar del IMSS en San Luis Potosí tuvo 8.5% de quejas sobre la atención médica, dentro de los motivos de quejas, la deficiencia en la atención medica tubo un 32.1%. ⁽¹⁹⁾

Rivera-Mejía I y cols., en el año 2014 en Colombia realizó un estudio sobre los factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal, encontrando que las barreras de acceso fue uno de los factores para por el cual no asistieron a control prenatal, así como los trámites para afiliarse a los servicios de salud, también las mujeres no creían que fuera importante asistir a control prenatal antes de afiliarse. ⁽²⁰⁾

En otro estudio realizado en Perú por Arispe C y cols. En el año 2012, encontraron significancia estadística en la asociación del control prenatal inadecuado el nivel de educación y el ser primigesta. Las gestantes con nivel de educación secundaria y con segundo embarazo llevaron control prenatal adecuado. ⁽²¹⁾

Argentina, en su Guía de Práctica Clínica sobre recomendaciones para la práctica del Control Preconcepcional prenatal y puerperal reporta que más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, es decir sin control prenatal alguno. De las que se controlan, apenas una cuarta parte, inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aún es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo. ⁽²²⁾

En Colombia en un estudio realizado por Norena-Herrera y cols., en el año 2015 de 14.514 mujeres de 51.447 hogares, ubicados en las zonas urbanas y rurales de 258 municipios, el 97% de las mujeres incluidas en el estudio se realizó al menos un control prenatal. Al comparar entre los grupos el porcentaje fue menor en las mujeres indígenas 90,8%. Analizando el control prenatal de acuerdo al índice de Kotelchuck encontraron que en los tres grupos el porcentaje de atención “inadecuado” fue superior al 20%, llegando a 39,9% en las indígenas. ⁽²³⁾ Así mismo en Colombia, Miranda-Mellano C y cols., realizó un estudio en el año 2014 de casos y controles con 730 gestantes sobre el uso adecuado del control prenatal, donde analizaron diferentes aspectos, dentro de ellas las causas relacionadas con el mal y buen uso del control prenatal, encontrado que 97.7% asistió a control prenatal y dentro de las principales razones de asistencia, el 83.9% dijo que lo hacían para detectar alteraciones y el 14.6% por recomendación de alguien, sin embargo de las 17 que no asistieron: 47.1% que no asistían por la existencia de muchos trámites burocráticos, 25.3% perdieron la cita, 25.3% por creer no necesitaban el control porque habían tenido hijos sin problemas y por requerimiento de muchos trámites burocráticos 47.1%. En cuanto al uso del control prenatal, 75,6 % hizo un uso adecuado de este servicio. ⁽²⁴⁾

En la India, en una revisión sistemática para evaluar los determinantes satisfacción sobre el cuidado prenatal en varios países desarrollados, realizado por Srivastava et al. en el año de 2015, encontraron una alta satisfacción con los servicios del cuidado prenatal y los mayores determinantes fueron: el acceso, la estructura de los hospitales, los procesos de cuidado prenatal, dentro de los cuales se encuentran la limpieza, recursos humanos, confidencialidad, recurso materiales médicos, la agilidad de la atención, comportamiento interpersonal, soporte cognitivo, soporte emocional, la preferencia por médicos mujeres, el financiamiento de los costos y determinantes socioeconómicos. ⁽²⁵⁾

En otra revisión sistemática de 160 artículos realizada por Kyei-Nimakoh et al. en 2017 sobre el acceso y las barreras para obtener cuidado de salud obstétrico en Sub-Sahara África, encontró que las principales barreras son: Ingresos económicos bajos para el hogar, falta de disponibilidad de transporte, costos indirectos de

transporte, falta de información sobre los servicios de cuidado de salud y proveedores de salud, problemas relacionados con el estigma de las mujeres, autoestima de las mujeres, falta de preparación para el parto, creencias y prácticas culturales, ignorancia acerca del requerimiento de los cuidados de salud obstétricos, costos de los servicios, distancia entre el proveedor de servicios de salud y la usuaria, tiempos de espera prolongada, pobre conocimiento y adiestramiento por parte de los trabajadores de la salud, pobre práctica de referencia, y pobre relaciones interpersonales por parte de los empleados de la salud. ⁽²⁶⁾

Escobar-Carmona y cols. En su estudio retrospectivo de 265 expedientes en la UMF No.1 de Veracruz en el año 2011 sobre el apego a la guía de control prenatal con enfoque de riesgo, encontrando un promedio de apego de 60.75. El 94% de los expedientes tuvieron referencia adecuada, contra inadecuada la vigilancia de factores de riesgo en el 83%. ⁽²⁷⁾

Álvarez-Huante y cols. publicaron sus resultados en el año 2017 sobre su estudio en La UMF No. 80 de Morelia Michoacán México donde analizaron el apego a la Guía de Práctica Clínica sobre el control prenatal en adolescentes, encontrando que el apego a la GPC fue inadecuado con solo el 69.19%, tomando en cuenta que se considera apego adecuado con el 80%. ⁽²⁸⁾

JUSTIFICACIÓN

Ya es bien conocido y comprobado que el buen control prenatal disminuye las complicaciones durante el embarazo, y por ende la morbi-mortalidad de las mujeres embarazadas. Existe varias normativas y recomendaciones a nivel mundial, internacional y nacional sobre el control prenatal adecuado y su beneficios, sin embargo, en La UMF No. 27 no se conoce la prevalencia de apego a la previamente mencionada. En México solo existen 2 estudios recientes sobre el tema, enfocados a una población específica. Con este estudio se pretende aportar información específica sobre el apego a la guía, para detectar las áreas de oportunidad, con lo que podrá establecer medidas interventoras en la actualización académica para el

personal médico, con el fin de ofrecer mejor calidad de atención para el control prenatal, y así disminuir la morbilidad prenatal, posnatal y neonatal, con las acciones oportunas si fuese necesario, así mismo de esta manera se podría disminuir los costos para el sistema de salud, la carga económica y emocional a las familias que pudieran ser afectadas. Por otra parte el análisis del apego a la guía de control prenatal con enfoque de riesgo, nos permitirá identificar los temas prioritarios que se deben abordar en cuanto al control prenatal en la unidad, lo cual se pudiera utilizar como una base para programas pilotos en otras Unidades de Medicina Familiar, o ser la base de nuevos temas de investigación sobre el tema ya que esta es una de la Unidades de Medicina Familiar más grandes en México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe amplia información a nivel mundial, internacional y local sobre la mortalidad materna y perinatal, así como los factores asociados factores que intervienen en el control prenatal concerniente a las mujeres gestantes y como se deben abordar, pero no se conoce la prevalencia del apego a la GPC de control prenatal en la UMF. 27 en Tijuana Baja California.

Dentro de los datos de relevancia a nivel mundial sobre la las prevalencia de muerte materna y perinatal se encuentra, que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de los cuales el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, entre ellos México, especialmente en las zonas rurales, estas a su vez relacionado con diferentes factores que involucran e estatus socioeconómico, sociodemográfico, el nivel de educación, la accesibilidad a los servicios de salud, las creencias socioculturales entre otros. Estos factores son condicionantes para presentación de complicaciones en el embarazo, mortalidad materna y perinatal, que a su vez conllevan a una discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura a los afectados y finalmente aumento del gasto económico para las instituciones de salud.

Para contribuir a la reducción de este problema de salud, la OMS ha implementado el modelo para el cuidado prenatal adecuado sobre el cual se basa guía de práctica clínica. La Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, con la finalidad propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante 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, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las mujeres y su producto de la gestación y sus familias. Con una buena calidad de la atención prenatal se logra reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer. También permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, por lo que es necesario identificar los factores que se asocian con la calidad del control prenatal y el tipo de desenlace del embarazo.

Por lo anterior nos surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el porcentaje de apego a la Guía de Práctica Clínica con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 de Tijuana B. C.?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el porcentaje apego a la Guía de Práctica Clínica del Control prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF. No. 27 de Tijuana Baja California.

Objetivos específicos:

- Evaluar la atención oportuna y prevención primaria a partir de la primera consulta de control prenatal según se especifican en la Cedula de Evaluación.
- Verificar si realizó la promoción de la salud a mujer embarazada a través de los diferentes servicios de la unidad: Nutrición, Trabajo social, Estomatología,

medicina preventiva, utilizando las notas médicas y/o la hoja de control prenatal encontradas en el expediente clínico electrónico.

- Revisar los exámenes específicos realizados por edad gestacional implícitas en la cedula de evaluación.
- Identificar si se realizó el tamizaje oportuno de patologías propias de la embarazada, de acuerdo la edad gestacional según la cedula de evaluación.
- Consultar si se realizó toma de tensión arterial en cada consulta médica.
- Determinar si se ofertaron los metodos anticonceptivos seleccionados y solicitados de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico.
- Comprobar si se realizó la referencia a segundo nivel de atención de acuerdo a los criterios establecidos.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Diseño del estudio

- Por su temporalidad: Transversal.
- Por el grado de control de la causa: Observacional.
- Según recolección de datos: Retrospectivo
- Alcance: Descriptivo
- Enfoque: cuantitativo

Población del estudio

Expedientes de pacientes embarazadas que iniciaron su control prenatal en enero, 2018, registradas como citas de primera vez y que se encontraban en el primer trimestre de gestación hasta su término en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana Baja California.

Periodo del estudio: enero a octubre 2018.

Lugar de realización del estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana Baja California.

Selección y tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se realizó con el método no probabilístico por conveniencia utilizando la fórmula para una proporción: $N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{s^2}$, con lo que se obtuvo un total de 395 expedientes con el 20% por posibles pérdidas.

Desglose de valores	
Poder 1-β: Nivel de confianza	95%
P: Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.	69%
q: complemento de sujetos que no tienen el fenómeno en estudio.	(1-p): 1 - 0.69
(Zα)²: Distancia de la media del valor de significación propuesta obtenidas de las tablas de distribución normal.	1.96
S²: Precisión o magnitud de erro que estamos dispuestos a aceptar.	0.5: Nivel de significancia α
N: Tamaño de la muestra total	394.4247
20% de posibles perdidas	66

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:**

- Expedientes de pacientes embarazadas adscritas que iniciaron su control prenatal a partir de enero, 2018 registradas como citas de primera vez en la y terminaron en octubre en la UMF No. 17 en Tijuana Baja California del IMSS.
- Expedientes de pacientes que llevaron control prenatal desde primer trimestre en la UMF No. 27.
- Expedientes de pacientes que terminaron su control prenatal en la UMF No 27.
- Expediente clínico completo.

- **Criterios de exclusión:**

- Expedientes de las pacientes que llevaron todo su control prenatal cuyas notas médicas no cuenten con los datos requeridos.
- Expedientes de pacientes que iniciaron su control prenatal desde el primer trimestre de gestación, y no lo terminaron por, óbito, aborto, parto pretérmino o muerte.

- **Criterios de eliminación:** Ninguno, por tratarse de revisión de expedientes clínicos electrónicos, se incluyeron solo expedientes cuyas notas medicas registradas fueron de enero a octubre, 2018, con lo que se logra evaluar todo el control prenatal, independientemente del contenido.

Metodos, procedimientos e instrumentos o descripción del estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana Baja California. Con previa la evaluación y aprobación del Comité Médico Local de Investigación y permiso del director de UMF No. 27 Tijuana B. C. se solicitó al personal de jefatura de médicos, el censo de la población de pacientes embarazadas registradas en el mes de enero, 2018, como citas de primera vez.

Una vez que se aprobo el proyecto se revisaron Se revisaron 836 expedientes electrónicos en el sistema SIMF, se excluyeron en total 441: 34 que se encontraban en el censo de embarazadas, pero que no en el SIMF, 407 porque el control prenatal se inició en el primer trimestre pero no contaban con registros de seguimiento, segundo y tercer trimestre de gestación que no formaban parte de los criterios de inclusión.

Se les aplico la CUEP de forma electrónica, posteriormente se vaciaron los datos en hojas de recolección de datos de los 395 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para este propósito se revisaron cada una de las notas, incluyendo las de vigilancia prenatal, los registros de las recetas expedidas, los envíos a los diferentes servicios de la unidad, y segundo nivel de atención, así como los registros de las solicitudes de exámenes realizados y sus resultados correspondientes. La Cédula Única de Evaluación del Proceso y Calidad de Atención Materna Integral del apartado XI, evalúa la calidad de la atención médica en el primer nivel el cual consta de 14 preguntas, con valor de 1 si se realizó, 0 si no se realizó y NA para las preguntas 5, 6,7 y 14, porque no se considera de cumplimiento obligatorio, por lo cual se consideró el 100% de cumplimiento o apego a las 10 acciones restándole las 4 que no aplican previamente mencionadas. Las

acciones se plantean de la siguiente manera en la en la Cedula Única de evaluación: **1.** La segunda atención se otorgó dentro de 7-10 días con estudios prenatales. **2.** Se prescribió ácido fólico hasta la semana 12, **3.** Prescribió hierro cuando la Hg reportada fue < 11 mg/dl, **4.** Se realizó la prueba rápida de VIH, **5.** Solicitó una biometría hemática a la semana 28, **6.** Se realizó del examen general de orina en la semanas 18-20 y 32-34, **7.** Realizó glucemia entre la semana 24-28 registrados, **8.** Se realizó ultrasonido antes de la semana 24, **9.** Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita **10.** Se informó cuáles y como se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica, **11.** La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación, **12.** Se otorgó educación para la salud por parte de Trabajo Social, **13.** Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico, y **14.** Realizo la referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a los criterios establecidos representados por las hojas de referencia contrareferencia.

Variable Dependiente

- Apego a la Guía de Práctica clínica del Control Prenatal.

Variables Independientes:

- Edad gestacional a inicio del control prenatal.
- La segunda atención se otorgó entre 7-10 días con estudios prenatales.
- Prescripción ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC.
- Prescripción Hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb < 11mg/dl).
- Solicitud de prueba rápida de VIH.
- Realización la biometría hemática en la semana 28.
- Realización de examen de orina entre la semana 18-20 y 32-34 de gestación
- Realización glucemia entre la semana 24-28.
- Realización de ultrasonido antes de la semana 24.
- La toma de la tensión arterial en cada visita.

- La información sobre los signos de alarma y cómo se identifican para acudir a solicitar atención médica.
- La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente complicación.

La educación para la salud por parte de Trabajo Social (estrategias educativas de promoción de salud JUEINIMSS, ella y el PREVENIMS.

- El método anticonceptivo y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico.
- La referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos.

Otras variables

- Exámenes solicitados en la primera consulta media según las recomendaciones de GPC.
- Promoción a la salud: con los envíos realizados a los diferentes servicios de atención en la UMF: Nutrición, Estomatología, Medicina Preventiva.
- Se identificó y estadifico el riesgo obstétrico con la hoja de control prenatal
- Número de consultas de control prenatal.
- Edad de la paciente

Se consideró apego adecuado cuando se cumplió con el 80% de las acciones de los apartados, es decir que la calidad de la atención médica en el control prenatal es el adecuado.

Cedula Única de Evaluación del Proceso de atención materna integral

XI Evaluación de la calidad de la atención médica (Primer nivel)				
	Objetivo:	Evaluar la calidad de atención, mediante la selección de algunos criterios relevantes de la Guía de Práctica Clínica y del Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001 (fecha de actualización 13-06-2013).		
Responsable	Punto Crítico	Elemento de medición	Fuente de información	Método
Médicos de primero y segundo nivel	XI Calidad de la atención médica	Criterios seleccionados de la Guía de Práctica Clínica "Control Prenatal con enfoque de riesgo" Catálogo maestro de GPC IMSS-028-08.	Listado de mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal del SIAIS.	Solicitar del ARIMAC el reporte de MT 06 Listado de derechohabientes mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal, del SIAIS, seleccionar los casos y buscar en SIMF (por catálogo de pacientes) y en Módulo de Vigilancia Prenatal los criterios seleccionados. El criterio 12 que se refiere a actividades educativas; verificar que se haya realizado y existan notas de trabajo social (entrevista diagnóstica y asistencia a sesiones educativas). Los ítem 5, 6, 7 y 14 tienen opción "No aplica"; en el resto solo opciones 1/0 porque se consideran de cumplimiento obligatorio en todos los casos. El instrumento está formulado para obtener el resultado de los criterios evaluados, restando los casos que no aplican. En la tabla anexa se especifica la referencia normativa de cada criterio.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE A LA GPC : "CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO" IMSS-028-08. EN PRIMER NIVEL

Ítem	Criterio	Opciones	Referencia	Ubicación
1	La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales	0/1	Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)	Numeral 14 pág. 14
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC	0/1	4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico Cuadro 6.4 Medicamento pág. 59	pág. 44
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)	0/1	4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico	pág. 45
4	Se realizó la prueba rápida para VIH	0/1	Evidencia y Recomendación	pág. 20 y 37
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 21 y 33
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 22
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 23 y 41
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24	0/1	4.3. Diagnóstico. Recomendación	pág. 21 y 42
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita	0/1	4.3.2 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	pág. 32-34
10	Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica	0/1	4.1 Prevención primaria, 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida	pág. 11
11	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación	0/1	4.6 Vigilancia y Seguimiento	pág. 49-50

12	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS)	0/1	4.1 Prevención primaria. 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida	pág. 10-13
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico	0/1	Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)	Numeral 26 pág. 16
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos	0/1/NA	4.5 Criterios de Referencia y Contrareferencia. 4.5.1 Criterios Técnico Médico de Referencia. 4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención	pág. 48

CEDULA DE EVALUACION

XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE AL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE EN PRIMER NIVEL												
Casos evaluados en SIMF		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Identificación del paciente												
1	La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	5
4	Se realizó la prueba rápida para VIH	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	6
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	6
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
10	Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
11	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
12	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Total de recomendaciones cumplidas (1)		13	12	13	12	12	11	11	9	14	14	121
Total de recomendaciones no cumplidas (0)		1	2	1	2	2	3	3	5	0	0	19
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado		14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	140
Porcentaje de recomendaciones cumplidas		93%	86%	93%	86%	86%	79%	79%	64%	100%	100%	86%

Porcentaje de recomendaciones cumplidas	NO	7%	14%	7%	14%	14%	21%	21%	36%	0%	0%	14%
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI

Definiciones conceptuales y operacionalización de variables

Variables	Concepto	Operacionalización	Tipo de variable	Escala/indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Edad registrada en el expediente clínico de la UMF No. 27 del IMS	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Tiempo de gestación	Tiempo medido a partir del primer día del último período menstrual normal.	Edad gestacional expresada en el expediente clínico o en su defecto si se cuenta con la fecha de última menstruación se calcula las SDG en caso de ciclos menstruales regulares o se utilizara el US del primer trimestre de gestación en caso necesario y de contar con el	Cuantitativa Continua	Semanas de gestación
Peso	Es la fuerza de gravedad sobre el objeto.	Registro expresado en el expediente clínico en gramos según OMS - Bajo peso - Sobrepeso - Obesidad	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
No. consultas prenatales	Número total de asistencias al médico que realiza un paciente	Total de consultas desde la primera consulta de control prenatal hasta la última registrada en el expediente.	Cualitativa ordinal	a) < 5 b) ≥5
Riesgo obstétrico	Es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.	Alto: Tener al menos algún factor de riesgo preconcepcional y/u obstétrico. Bajo: No contar con algún factor de riesgo preconcepcional y/u obstétrico. Factores de riesgo preconcepcional: Edad: menor de 16 y mayor de 35 años. Intervalo intergenésico: cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años. Paridad: en el primer embarazo y después del cuarto. Antecedentes obstétricos: perinatales (2 o más abortos, óbito y muerte neonatal de causas desconocidas), producto macrosómico mayor de 3,800 gr. o de bajo peso menor de 2,500 gr., parto pretérmino menor de 37 semanas, más de una cesárea previa, Rh incompatible sensibilizada y sin sensibilizar, pre-eclampsia eclampsia (PE). Factores de riesgo obstétrico: La adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años (Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación). Edad de 35 años o más. Anemia Intervalo intergenésico menor de 2 años. Multigesta Antecedente de 2 abortos. Antecedente de PE Hemorragia en la 2da mitad del embarazo. Cesárea previa. Muerte fetal. Prematurez Hipertensión arterial	Cualitativa Ordinal	a) Alto b) Bajo

		Cardiopatía congénita Nefropatía		
Tratamiento farmacológico estandarizado	Al tratamiento cuya composición, dosis, cantidad y duración es la misma para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual. NOM	Ácido fólico, hierro Otros: antimicrobianos(nistatina, metronidazol intravaginal bloqueadores de receptores H2, Physillum plantago Vacunación	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Signos vitales en cada consulta	Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Frecuencia cardíaca fetal cando aplica	TA otros: FC, FCF	Cualitativa, dicotómica,	a) Si b) No
Datos de alarma obstétrico	Conjunto de síntomas y síntomas que ponen en peligro la integridad de la embarazada y su producto.	Cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido trasvaginal.	Cualitativa Dicotómica	a) Si b) No
Cita prioritaria en caso de factores de riesgo o complicación		Menor a 30 días	Cualitativa dicotómica	a) Si b) No
Promoción a la salud	A la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.	Educación a la salud: trabajos social otros Estomatología, nutrición, medicina preventiva	Cualitativa nominal dicotómica	a) Si b) No
Exámenes de laboratorio y gabinete	Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina y otra sustancia del cuerpo	BH, Glucemia, EGO, VHI, VRDL, VHB, cultivo vaginal, Grupo y Rh, Ultrasonido	Cualitativa, nominal, dicotómica	a) Si b) No
Método anticonceptivo	Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.	Orales Inyectables Parche dérmico Dispositivo intrauterino Oclusión tubaria bilateral Vasectomía De barrera Espermicidas Metodos naturales	Cualitativa, nominal	a) Si b) No
Referencia a segundo nivel de atención	Establecimiento de Salud responsable de satisfacer las necesidades de salud través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria a ginecobstetricia	Ginecobstetricia Endocrinología Neurología Nefrología Etc.	Cualitativa, nominal, dicotómica	a) Si b) No

Apego a la GPC de control prenatal	Porcentaje de cumplimiento según la Cedula Única de Evaluación del Proceso de atención integral para el primer nivel de atención	El cálculo del 80% o más del cumplimiento, tomando el 100% al cumplir con los 10 rubros para el primer nivel de atención según la CUEP.	Cuantitativa, continua	10,20, 30, 40,50, 60, 70, 80,90 Y 100 %
---	--	---	------------------------	---

Análisis estadístico

El análisis descriptivo estadístico se realizó con SPSS, utilizando medidas de tendencia central para variables cuantitativas, frecuencias, porcentajes para variables cualitativas.

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

Se cumplieron con los códigos de ética establecidos en la declaración de Helsinki de 1964, en su versión enmendada de 2004, y en las normas mexicanas basándose en el comunicado del 26 de enero de 1962 del diario oficial de la SSA.

Se utilizó como método de estudio sólo revisión de expediente electrónico.

El proyecto se apegó a lo establecido por el comité de investigación local y Coordinación De Educación e Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, y lo propuesto en material de investigación en salud.

Se clasificó el riesgo del estudio como riesgo I, ya que éste estudio es una investigación sin riesgo. Se resguardó la información de la paciente y los médicos, en caso de falta de apego, se actuó con precaución al momento de emitir los resultados: no se mencionan datos personales y se respetó la identidad de los médicos involucrados en el expediente clínico de investigación.

El estudio se apegó según protocolo de Estambul ya que el objeto del estudio fueron expedientes clínicos. **En el Protocolo de Estambul** se establece la prohibición de cualquier tipo de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes a un individuo, con el propósito de investigación, así como el **Código de Nuremberg** en donde se establecen los principios a seguir en caso de investigación/experimentación con humanos **Con el informe de Belmont**, el cual

establece 3 principios básicos para la protección de seres humanos en la investigación biomédica: Respeto, Beneficencia y justicia.

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos

- Dra. Susana Suarez Vaca, Médico Especialista de Medicina Familiar
- Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar Dra. Teresa Salazar Galindo propone pregunta de investigación, planteamiento del problema, justificación, objetivos, recolección, análisis y presentación de resultados.

Recursos físicos y materiales

Financieros: Fueron aportados por los Investigadores y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Materiales:

- Lápices
- Plumas
- Hojas de impresión
- Impresora
- Calculadora
- Computadora

Bioseguridad: No aplica, ya que se revisaran únicamente expedientes clínicos electrónicos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	6/2017	8 – 9/17	6-7/19	7-9/19	10/19	11/19	11/19	8-11/2018
Planteamiento del problema								
Redacción del proyecto de investigación								
Aprobación del proyecto								
Desarrollo del proyecto								
Captura de datos								
Análisis de resultados								
Reporte final								
Entrega a los asesores								

RESULTADOS

Se revisaron 836 expedientes electrónicos en el sistema SIMF, se excluyeron en total 441: 407 porque el control prenatal se inició en el primer trimestre pero que no contaban con seguimiento, segundo, tercer trimestre de gestación y 34 que se encontraban en el censo de embarazadas, pero que no en el SIMF. Se ingresaron 395 expedientes por cumplimiento de criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó la Cedula Única de Evaluación del Proceso de atención materno integral, rubro 4.

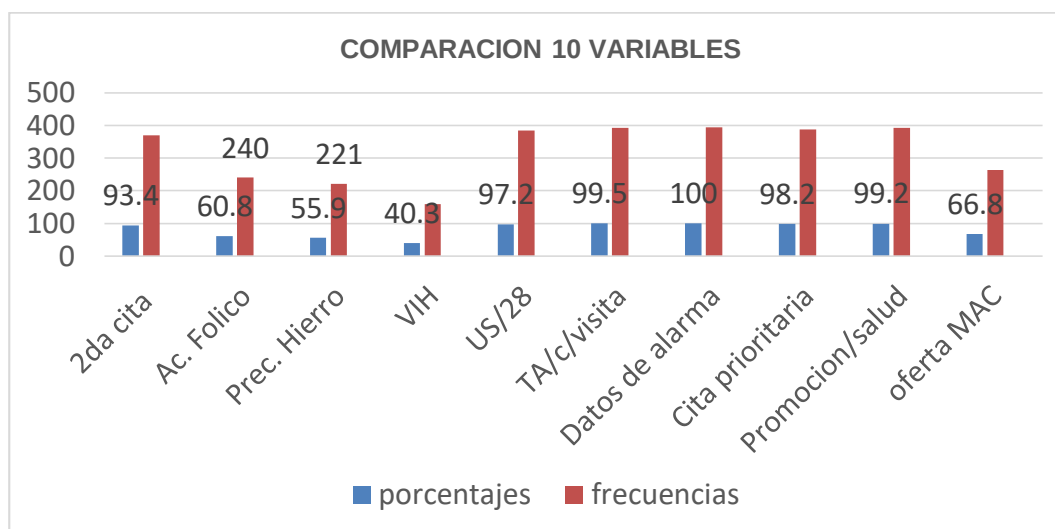
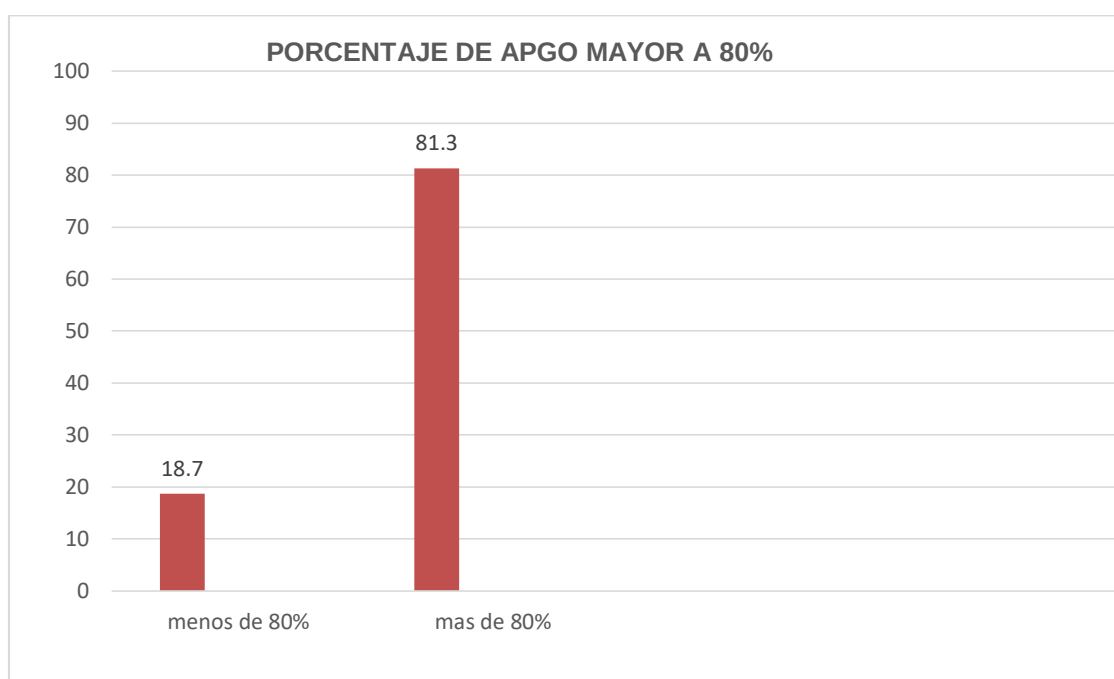
El porcentaje de apego a la Guía de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27, del IMSS en Tijuana B.C. fue de 81.3%, con un promedio general de 8.5 de las acciones cumplidas según la CUEP, 50% de los expedientes evaluados cumplió con el 90% de las acciones y el porcentaje más prevalente fue el 80% de. Los porcentajes de las acciones según la CUEP fueron: de 28.9% cumplió con el 80% de las acciones prenatales, seguido de 28.1% para el 90%, 24.3% para el 100%, máximo de 100% mínima de 50%.

Al evaluar el total de las variables/acciones de la CUEP (14), encontramos un apego general 28.5%, con promedio de 79.02. La mitad de los expedientes cumplieron el 90% de las acciones y el rango de acciones cumplidas fue entre 50-100%.

APEGO DE 10 ACCIONES OBLIGATORIAS

N	Válidos	395
	Pérdidos	1
Media		8.51139
Mediana		9
Moda		8
Mínimo		10
Máximo		1

Porcentaje de acciones cumplidas/CUEP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10.00	1	.3	.3	.3
60.00	21	5.3	5.3	5.6
70.00	52	13.2	13.2	18.7
80.00	114	28.9	28.9	47.6
90.00	111	28.1	28.1	75.7
100.00	96	24.3	24.3	100.0
Total	395	100.0	100.0	



APEGO EN LAS 14 VARIABLES/CUEP

N	Válidos	395
	Perdidos	0
Media		79.0278
Mediana		79.0000
Moda		86.00
Mínimo		50.00
Máximo		100.00

Porcentaje de acciones cumplidas/CUEP	Frecuencia	Porcentajes	Porcentajes válidos	Porcentajes acumulados
50.00	10	2.5	2.5	2.5
57.00	18	4.6	4.6	7.1
64.00	36	9.1	9.1	16.2
71.00	75	19.0	19.0	35.2
79.00	85	21.5	21.5	56.7
Válidos 86.00	95	24.1	24.1	80.8
88.00	1	.3	.3	81.0
93.00	58	14.7	14.7	95.7
94.00	1	.3	.3	95.9
100.00	16	4.1	4.1	100.0
Total	395	100.0	100.0	

Al analizar cada variable de forma independiente: el 93.4% vs 6.6% al otorgó la segunda atención dentro de 7-10 días con estudios prenatales, 60.8% vs 39.2% prescribió ácido fólico hasta la semana 12, de estos, 37.0% prescribió ácido fólico hasta el primer trimestre, 34.4%, 28.4% hasta el segundo y tercer trimestre de gestación respectivamente.

En cuanto a la prescripción de hierro, 55.9% vs 44 % lo prescribió cuando la Hb reportada fue < 11 mg/dl, 87.1% lo prescribió antes de un resultado de biometría hemática, 87.7% lo continuo después del resultado normal de BH, o limites inferiores normales según la clasificación OMS para anemia en el embarazo, sin

embargo a pesar de esta acción, el 26.8% vs 34.3% desarrollo anemia, 38.7% no se pudo determinar por falta de registro de resultados de la repetición porque solo el 40.3% vs 59,7% repitió la biometría hemática en la semana 28.

El 82.5% vs 17.5% realizó la prueba rápida de VIH, 37.5% vs 62.5% realizó el examen general de orina en la semanas 18-20 y 32-34. El 79.2 % vs 20.8%.

En cuanto a la glucemia para detección de DMG el 79.2%vs 20.8% la realizo entre la semana 24-28.

El ultrasonido fue realizado en un 97.2% vs 2.8% antes de la semana 24 de gestación. El 100% realizó la toma de tensión arterial en cada visita e informó cuáles y como se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica. La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días se otorgó en 98.2 % vs 1.8% respectivamente, cuando la embarazada contaba con factores de riesgo o presento una complicación. El 99.2% vs 0.8% realizo envió para la educación de salud por parte de Trabajo Social, 66.8 % vs 33.2% ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico. Al evaluar la variable identificación y estadificación del riesgo obstétrico, 99.2% vs 0.8% identificó y estadificó el riesgo obstétrico de los cuales 55.7% fue bajo, 43.8 % respectivamente y .5% NA porque no lleno la hoja de control prenatal ni registró el riesgo en las notas médicas.

Los metodos anticonceptivos seleccionados según la oferta en la variable/acción 13 de la CUEP, no se encontró registro en el expediente clínico en 49.1% vs 50.9% de estos, 19.5% aceptó DIU, 15.4% OTB, 7.35% implante subdérmico, 1.5% hormonales inyectables, 0.5% parche dérmico, 0.8% preservativos, 0.8% vasectomía y 20% de las pacientes no aceptaron ningún método.

Se realizaron referencias a segundo nivel según los criterios establecidos en un 66.8% vs 33.2%. Las especialidades a las que se envió en segundo nivel fueron: GyO 22.8%, perinatología 12.9%, tococirugía 4.6%, GyO-TOCO 1.3%, perinatología-TOCO 1%, perinatología-GyO 3.3% y ginecología-epidemiologia en un solo caso 53.9% y sin envío por clasificarse en riesgo obstétrico bajo.

SEGUNDA ATENCIÓN DENTRO DE 7-10 DIAS				
N	Válidos	395		
	Perdidos	0		
Cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	26	6.6	6.6	6.6
Válidos Si	369	93.4	93.4	100.0
Total	395	100.0	100.0	

PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO FÓLICO HASTA LA SEMANA 12				
N	Válidos	395		
	Perdidos	0		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	155	39.2	39.2	39.2
Válidos Si	240	60.8	60.8	100.0
Total	395	100.0	100.0	

PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO FÓLICO POR TRIMESTRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NA	1	.3	.3	.3
primero	146	37.0	37.0	37.2
Válidos segundo	136	34.4	34.4	71.6
tercero	112	28.4	28.4	100.0
Total	395	100.0	100.0	

PRESCRIPCIÓN DE HIERRO CON HB < 11				
N	Válidos	395		
	Perdidos	0		
Prescripción/hierr o	Frecuenci a	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No:	174	44.1	44.1	44.1
Si:	221	55.9	55.9	100.0
Total	395	100.0	100.0	

PRESCRIPCIÓN DE HIERRO ANTES DE RESULTADOS DE LA BH

N		Válidos	395		
		Perdidos	0		
prescripción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	51	12.9	12.9	12.9
	Si	344	87.1	87.1	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

PRESCRIPCIÓN DE HIERRO DESPUES DE RESULTADOS DE BH

N		Válidos	395		
		Perdidos	0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	48	12.2	12.2	12.2
	Si	347	87.8	87.8	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

DESARROLLÓ ANEMIA

N		Válidos	395		
		Perdidos	0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	136	34.4	34.4	34.4
	si	106	26.8	26.8	61.3
	na	153	38.7	38.7	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

REALIZÓ PRUEBA RÁPIDA DE VIH

N			Válidos		395
			Perdidos		0
VIH		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	69	17.5	17.5	17.5
	Si	326	82.5	82.5	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

SOLICITÓ BIOMETRIA HEMATICA EN LA SEMANA 28

N		Válidos	395		
		Perdidos	0		
BH		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	236	59.7	59.7	59.7
	No	159	40.3	40.3	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

REALIZÓ EGO EN LAS SEMANAS 18-20 Y 32-34

N		395			
Válidos					
Perdidos		0			
EGO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No:	247	62.5	62.5	62.5
	Si:	148	37.5	37.5	100.0
	Total	395	100.0	100.0	

REALIZÓ GLUCOSA EN LA SEMANA 24

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
Glucosa		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
.00		82	20.8	20.8
Válidos 1.00		313	79.2	79.2
Total		395	100.0	100.0
				Porcentaje acumulado
				20.8
				100.0

REALIZÓ ULTRASONIDO OBSTÈTRICO ANTES DE LA SEMANA 24

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
US obstetrico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No		11	2.8	2.8
Válidos SI		384	97.2	97.2
Total		395	100.0	100.0
				Porcentaje acumulado
				2.8
				100.0

REALIZÓ TOMA LA TA EN CADA VISITA

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
Tensión arterial		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
si		2	.5	.5
Válidos no		393	99.5	99.5
Total		395	100.0	100.0
				Porcentaje acumulado
				.5
				100.0

INFORMÓ CUALES Y COMO IDENTIFICAR LOS DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
Datos de alarma		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Si		395	100.0	100.0
				Porcentaje acumulado
				100.0

OTORGÓ CITA DENTRO DE 30 DIAS EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

N	Válidos	395
	Perdidos	0

PROMOCIÓN A LA SALUD

N	Válidos	395
	Perdidos	0

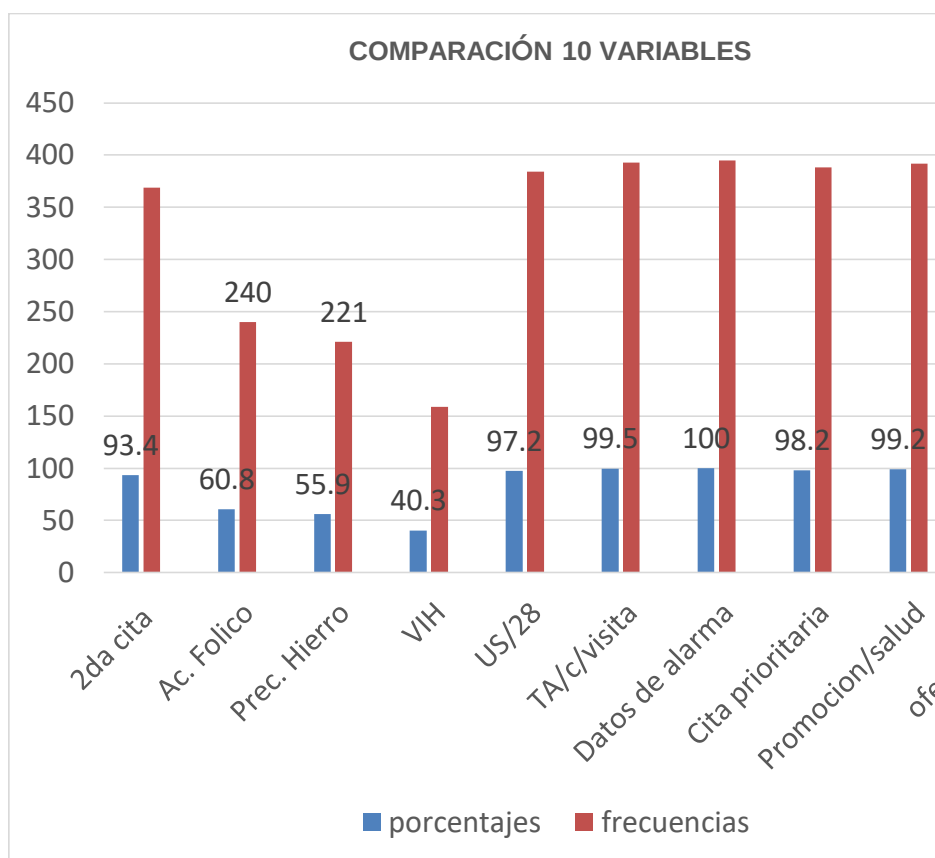
Envíos internos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	3	.8	.8	.8
Válidos Si	392	99.2	99.2	100.0
Total	395	100.0	100.0	

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

N			395	
Válidos			0	
Perdidos			0	
Método	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin registro	194	49.1	49.1
	DIU	77	19.5	68.6
	OTB	61	15.4	84.1
	implante	29	7.3	91.4
	inyectables	6	1.5	92.9
	parche	2	.5	93.4
	preservativos	3	.8	94.2
	no aceptó	20	5.1	99.2
	vasectomía	3	.8	100.0
	Total	395	100.0	100.0

OFERTÓ MÈTOD ANTICONSEPTIVO SEGÚN EL RIESGO OBSTÈTRICO

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
MAC		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No		131	33.2	33.2
Válidos Si		264	66.8	66.8
Total		395	100.0	100.0



IDENTIFICÓ Y ESTADIFICÓ EL RIESGO OBSTÈTRICO

N		Válidos	395	
		Perdidos	0	
Riesgo obstétrico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
no		3	.8	.8
Válidos si		392	99.2	99.2
Total		395	100.0	100.0

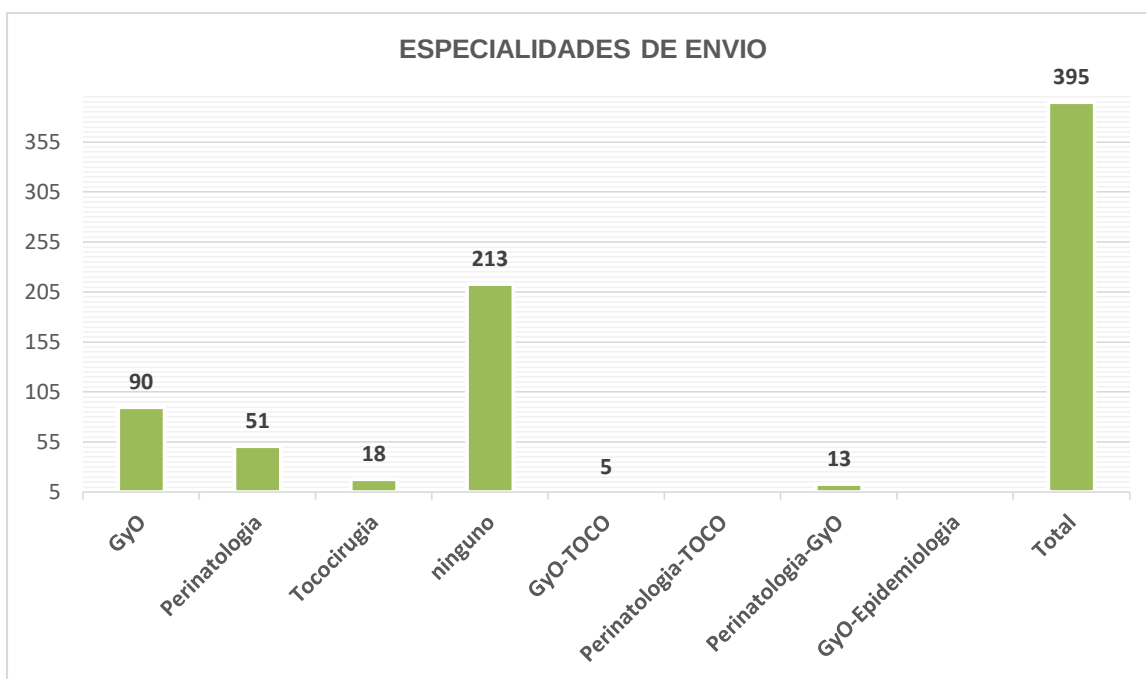
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo	220	55.7	55.7	55.7
alto	173	43.8	43.8	99.5
NA	2	.5	.5	100.0
Total	395	100.0	100.0	

NOTA: El riesgo obstétrico alto es menor a los envíos a segundo, nivel debido que hay envíos a más de una especialidad.

ENVÍOS A 2DO NIVEL Y ESPECIALIDAD DE ENVÍO

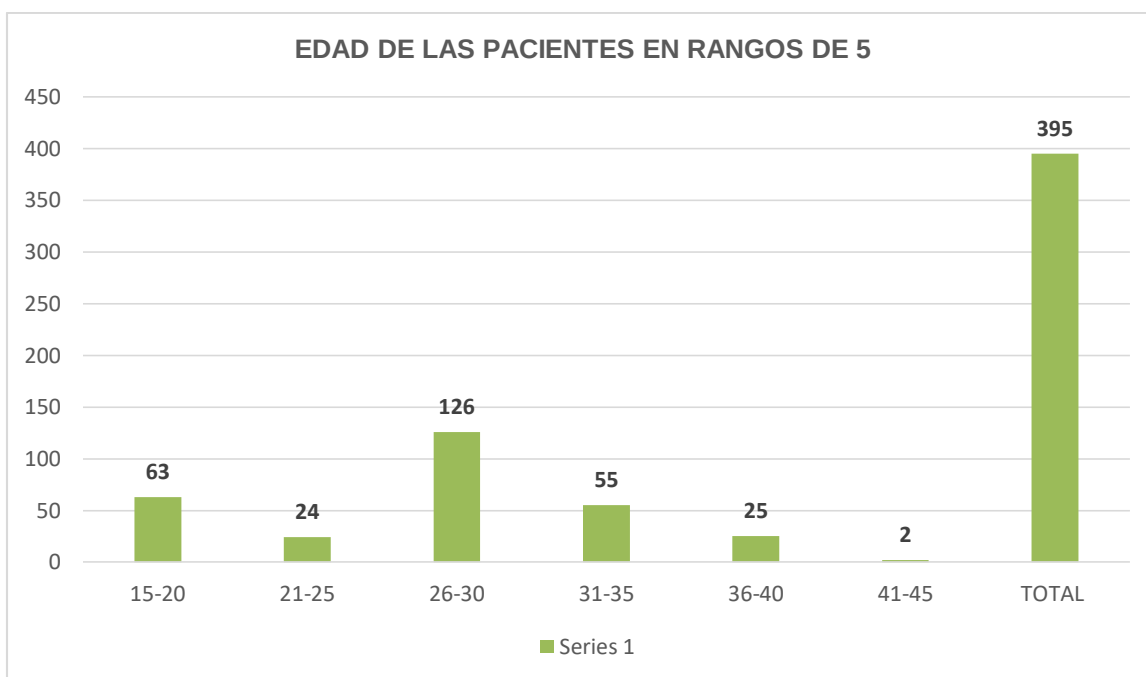
N	Válidos	395			
	Perdidos	0			
	Envíos	182			
	No envíos	213			
Especialidad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	GyO	90	22.8	22.8	22.8
	Perinatología	51	12.9	12.9	35.7
	TOCO	18	4.6	4.6	40.3
	Ninguno	213	53.9	53.9	94.2
	GyO-TOCO	5	1.3	1.3	95.4
	Perinatología-TOCO	4	1.0	1.0	96.5
	Perinato-GyO	13	3.3	3.3	99.7
	GyO-Epidemiología	1	.3	.3	100.0
	Total	395	100.0	100.0	



La edad promedio en años de las paciente al inicio del control prenatal fue de 26.3 años con una un máximo de 41 en 2 casos y un mínimo de 15 años en un solo caso.

EDAD DE LA PACIENTE				
N	Válidos	395		
	Perdidos	0		
Media		26.33		
Mediana		26.00		
Moda		24		
Mínimo		15		
Máximo		41		
Edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15	1	.3	.3	.3
16	1	.3	.3	.5
17	1	.3	.3	.8
Válidos 18	11	2.8	2.8	3.5
19	25	6.3	6.3	9.9
20	24	6.1	6.1	15.9
21	21	5.3	5.3	21.3

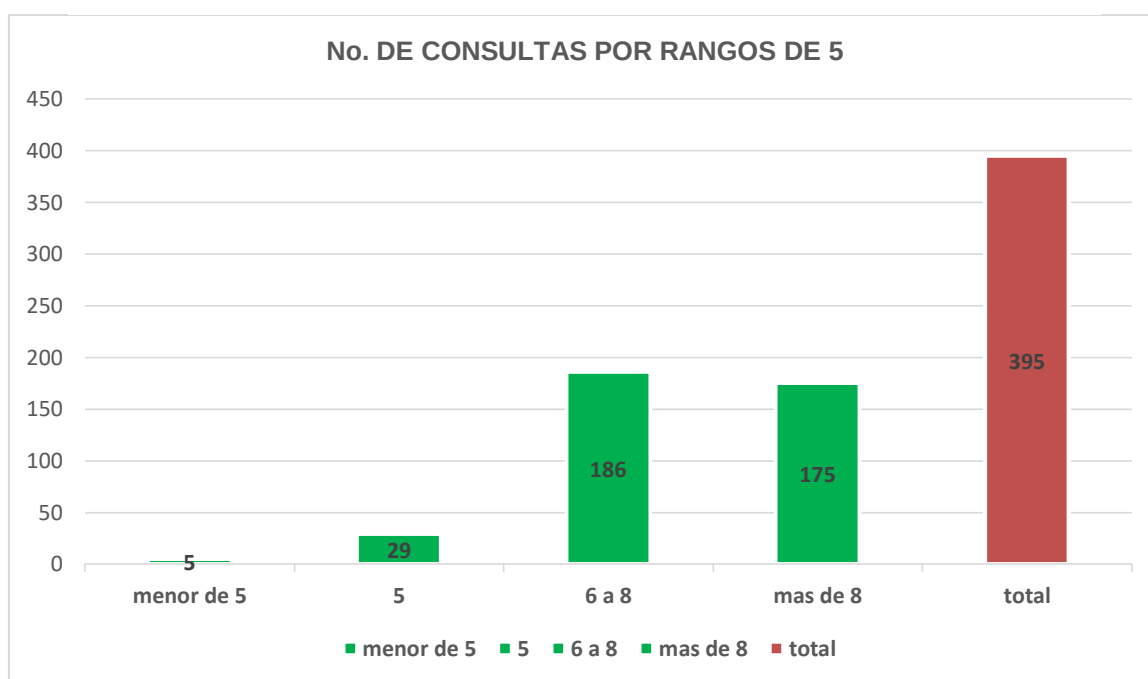
22	28	7.1	7.1	28.4
23	24	6.1	6.1	34.4
24	30	7.6	7.6	42.0
25	21	5.3	5.3	47.3
26	27	6.8	6.8	54.2
27	27	6.8	6.8	61.0
28	23	5.8	5.8	66.8
29	25	6.3	6.3	73.2
30	24	6.1	6.1	79.2
31	15	3.8	3.8	83.0
32	16	4.1	4.1	87.1
33	5	1.3	1.3	88.4
34	11	2.8	2.8	91.1
35	8	2.0	2.0	93.2
36	9	2.3	2.3	95.4
37	3	.8	.8	96.2
38	3	.8	.8	97.0
39	3	.8	.8	97.7
40	7	1.8	1.8	99.5
41	2	.5	.5	100.0
Total	395	100.0	100.0	



El promedio en número de consultas otorgadas a las pacientes durante todo su control prenatal fue de 8.35, cumpliendo así las recomendaciones de OMS y sobrepasando las recomendaciones de la GPC.

NO. DE CONSULTAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL				
Válidos				
N Perdidos				
Media				8.3519
Mediana				8.0000
Moda				8.00
Mínimo				3.00
Máximo				16.00
Consultas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3.00	2	.5	.5	.5
4.00	3	.8	.8	1.3
5.00	29	7.3	7.3	8.6
Válidos 6.00	29	7.3	7.3	15.9
7.00	76	19.2	19.2	35.2
8.00	81	20.5	20.5	55.7
9.00	75	19.0	19.0	74.7

10.00	43	10.9	10.9	85.6
11.00	25	6.3	6.3	91.9
12.00	21	5.3	5.3	97.2
13.00	7	1.8	1.8	99.0
14.00	2	.5	.5	99.5
15.00	1	.3	.3	99.7
16.00	1	.3	.3	100.0
Total	395	100.0	100.0	



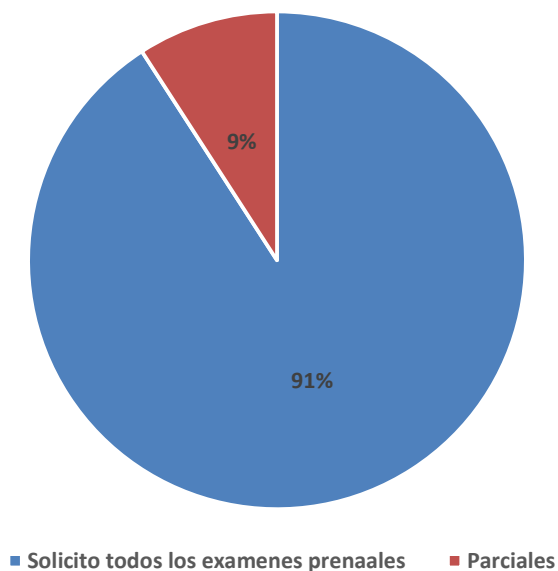
Los exámenes prenatales solicitados y establecido por la GPC en la primera consulta fueron BH, EGO, prueba rápida de VHI, VRDL, Grupo sanguíneo y Rh, y Glucosa en un 91%, el 9% los solicito parcialmente de los cuales la faltante fue la prueba de VIH y solo un caso VHI y VRDL no solicitado o no reportado en expediente.

EXÁMENES SOLICITADOS EN LA PRIMERA CONSULTA

N	Válidos	395		
	Perdidos	0		

Exámenes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
parciales	36	9.1	9.1	9.1
Válidos todos	359	90.9	90.9	100.0
Total	395	100.0	100.0	

EXÁMENES SOLICITADOS EN LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL



En cuando al peso al inicio del control prenatal, según la clasificación OMS

IMC

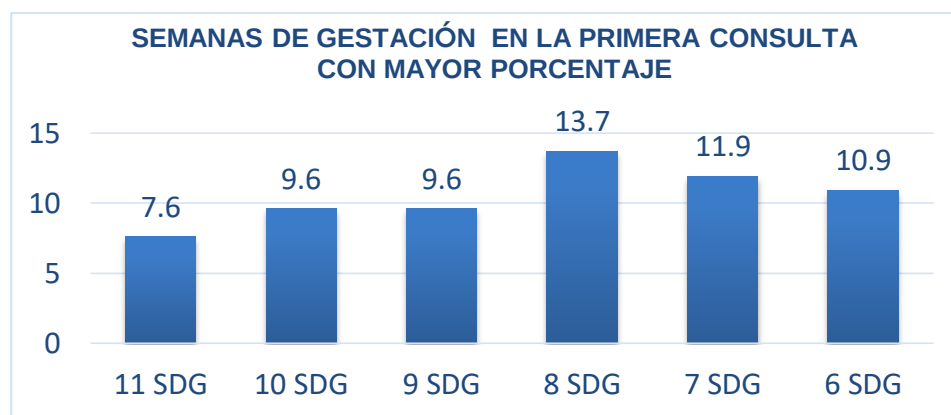
N			395	
Válidos			0	
Perdidos				
Interpretación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	14	3.5	3.5
	NORMAL	145	36.7	40.3

SOBREPESO	122	30.9	30.9	71.1
OBESIDAD I	65	16.5	16.5	87.6
OBESIDAD II	33	8.4	8.4	95.9
OBESIDAD III	16	4.1	4.1	100.0
Total	395	100.0	100.0	

SEMANAS DE GESTACIÓN EN LA PRIMERA CONSULTA

N		Válidos				395
		Péridos				0
Media					8.6177	
Mediana					8.4000	
Moda					12.00	
Mínimo					1.00	
Máximo					12.00	
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	1.00	2	.5	.5	.5	
	3.00	2	.5	.5	1.0	
	4.00	9	2.3	2.3	3.3	
	4.40	1	.3	.3	3.5	
	5.00	19	4.8	4.8	8.4	
	5.10	1	.3	.3	8.6	
	5.40	1	.3	.3	8.9	
	5.50	1	.3	.3	9.1	
	5.60	2	.5	.5	9.6	
	6.00	43	10.9	10.9	20.5	
	6.10	1	.3	.3	20.8	
	6.30	2	.5	.5	21.3	
	6.40	1	.3	.3	21.5	
	6.50	1	.3	.3	21.8	
	6.60	1	.3	.3	22.0	
	7.00	47	11.9	11.9	33.9	
	7.10	2	.5	.5	34.4	
	7.20	1	.3	.3	34.7	
	7.30	1	.3	.3	34.9	
	7.50	1	.3	.3	35.2	

7.60	1	.3	.3	35.4
8.00	54	13.7	13.7	49.1
8.20	1	.3	.3	49.4
8.30	2	.5	.5	49.9
8.40	1	.3	.3	50.1
8.50	2	.5	.5	50.6
8.60	1	.3	.3	50.9
8.80	1	.3	.3	51.1
9.00	38	9.6	9.6	60.8
9.10	3	.8	.8	61.5
9.30	2	.5	.5	62.0
9.40	1	.3	.3	62.3
10.00	39	9.9	9.9	72.2
10.20	1	.3	.3	72.4
10.30	1	.3	.3	72.7
10.40	2	.5	.5	73.2
10.50	1	.3	.3	73.4
10.60	2	.5	.5	73.9
11.00	29	7.3	7.3	81.3
11.20	1	.3	.3	81.5
11.30	1	.3	.3	81.8
11.40	1	.3	.3	82.0
11.60	1	.3	.3	82.3
12.00	70	17.7	17.7	100.0
Total	395	100.0	100.0	



DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados que obtuvimos con la aplicación del instrumento (CUEP) Cedula Única de Evaluación integral Prenatal, validada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, encontramos que el apego a la Guía de Práctica Clínica de Control prenatal con enfoque de riesgo fue de 81.3% (28.9 para el 80% de las acciones cumplidas, 81.3% para el 90% y 24.3% para el 100% de las acciones cumplidas) con un promedio de 8.5.

Nuestros resultados se encuentran 2.5 en promedio de apego por arriba, a lo reportado por Escobar-Carmona y col. En el año 2011 quienes encontraron un promedio de apego de 6.75 y 12.1% por arriba del porcentaje de apego reportado por Álvarez-Huante y cols. en el año 2017 en la UMF No. 80 de Morelia Michoacán México en donde fue de 69.19%. A si mismo fue mayor en un 39.3% de lo encontrado por Paz-Ramosa M y col , Es su estudio realizado en una Unidad Médica de Atención Primaria, en Cancún, México, en el periodo de enero a junio de 2014, donde encontraron 42%.

Al evaluar las acciones de forma independiente, el 93.4% cumplió vs 6.6% al otorgar la segunda atención dentro de 7-10 días con estudios prenatales, 82.5% vs 17.5% realizó la prueba rápida de VIH, 97.2% vs 2.8% realizó ultrasonido antes de la semana 24, 100% realizó la toma de tensión arterial en cada visita e informó cuáles y como se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica. La cita para la vigilancia prenatal fue menor a 30 días en un 98.2 % vs 1.8% cuando la embarazada contaba con factores de riesgo o presento una complicación y 99.2% vs 0.8% realizo envió para la educación de salud por parte de Trabajo Social.

Por otra parte, el promedio en consultas otorgadas, durante todo el control prenatal, fue 8.35, traduciéndose en un cumplimiento cercano al 50% más de las recomendaciones por la GPC y la NOM-007-SSA2-2016, pero un 20% de las recomendaciones actuales de la OMS 2016 en su guía nuevo modelo para una experiencia positiva del cuidado antenatal (*antenatal care for a positive pregnancy experience*) donde establece un mínimo de 8 consultas prenatales. También en cuanto al método anticonceptivos ofertados, el 49.1%, no contaron con registro en el expediente

clínico a pesar de haber asistido a las citas suficientes para llevarse cabo esta acción y haberse registrado la oferta de MAC en el 66.8% de los casos. Este resultado, indica que las consultas prenatales son suficientes para llevar acabo las acciones y recomendaciones por la GPC con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prenatal, sin embargo hay una deficiencia en registro.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestro resultado, concluimos que en la Unidad Médica familiar tiene un buen apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con enfoque de riesgo, comparado con otras Unidades de Medicina Familiar evaluadas hasta la actualidad.

A si mismo logramos detectar las áreas de oportunidad, para las cuales se podrían diseñar estrategias para la educación continua y actualización del personal de salud para mejorar el manejo integral del control prenatal en la UMF No. 27. O en su caso crear un consultorio específico para el control prenatal como programa piloto y comparar resultados.

En cuanto al instrumento utilizado, concluimos que es una herramienta útil para el diseño de estudio, ya que se cumplió con los objetivos y se respondió la pregunta de investigación, sin embargo no es útil para evaluar los criterios de detección y manejo de las patologías relacionadas con el embarazo, por lo que consideramos que es necesario otros estudios la calidad del control prenatal según los criterios de detección, diagnósticos y manejo para las patológicas que se presentan durante el embarazo.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Dentro de las principales fortalezas de nuestro estudio, destaca el número de muestra, el cual fue mayor cercano al 50% más que en estudios previos, lo que nos permitió abarcar mayor número de población diana. A si mismo identificamos las

áreas de oportunidad, las cuales se pudieran utilizar para crear estrategias de educación hacia el personal de salud.

De igual manera el haber agregado variables complementarias tales como la el apego tomando en cuenta las 14 variables de la CUEP con lo que se encontró un apego del 100% en un 4%, a pesar de las limitaciones del sistema relacionado con las 4 variables no obligatorias, además de la identificación del riesgo obstétrico, la prescripción de hierro y ácido fólico más allá de lo recomendado, el número de consultas nos permitió identificar pros y contras de estas acciones dentro de la unidad, los que se pueden utilizar como otras ramas de investigación.

Finalmente, el apoyo por parte del personal del área de enseñanza quienes facilitaron el manejo del tiempo para realizar la recolección de datos, análisis y entrega de resultados en forma oportuna.

Dentro de nuestras limitaciones, encontramos principalmente el tiempo requerido para la recolección de datos debido a que en su mayoría no se mencionaba las semanas de gestación para evaluar el apego de las variables que requerían de la edad gestacional para dicha acciones, por lo que se recurrió a realizar el cálculo en base a las semanas de gestación al inicio del control prenatal, o con el método FUM o ultrasonido del primer trimestre de gestación en dado caso, así como el hecho de que la información requerida se encontraba entre las hojas de control prenatal y las notas médicas.

También el hecho de que los embarazos clasificados en bajo riesgo, en su gran mayoría el control prenatal es otorgado por las enfermeras especialista en medicina familiar.

El limitarnos en los objetivos específicos, dejamos fuera datos importantes que se pudieron haber evaluado, tales como: analizar el porcentaje de apego en aquellos pacientes que se clasificaron como alto riesgo y compararlo con el apego en las pacientes con bajo riesgo, analizar la relación entre el apego en las pacientes de alto riesgo con el tipo de desenlace del embarazo y las patologías más prevalentes durante el embarazo.

Finalmente la actualización de la Guía, lo cual se llevó a cabo a finales del año 2017, aunque con mínimos cambios, pedirá haber limitado la inclusión de otras variables.

Todo lo anterior es útil para crear estrategias que se pudieran utilizar en otras investigaciones en el futuro en la UMF No. 27.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	6/2017	8 – 9/17	6-7/19	7-9/19	10/19	11/19	11/19	8-11/2018
Planteamiento del problema								
Redacción del proyecto de investigación								
Aprobación del proyecto								
Desarrollo del proyecto								
Captura de datos								
Análisis de resultados								
Reporte final								
Entrega a los asesores								

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de Práctica Clínica: Control prenatal con enfoque de riesgo. México. Secretaria De Salud 2009.
2. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC 2017.
3. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. OMS 2016.
4. Atención prenatal en atención primaria de salud. Guía de Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, Asociación Panamericana de la Salud 2011.
5. WHO. Muerte materna. OMS 2016.
6. You D, Hug L, Ejemyr S, et al. Levels & Trends in Child Mortality Report. UNICEF, UN IGM 2015.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014; 2: 323–33.
8. Hoyert-D L, Gregory E. Cause of Fetal Death: Data from the Fetal Death Report. 2014. National Vital Statistics Reports 2016; 65(7).
9. Tong S, Makaroff L, Imam M et al. Proportion of Family Physicians Providing Maternity Care Continues to Decline. JABFM 2012; 25(3): 270-71.
10. Alfaro-Vargas N, Campos-Vargas G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. Revista Electrónica Enfermería actual en Costa Rica 2014;26.
11. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales 2012.
12. Boletín de Información Estadística 2014 -2015 Secretaría de Salud, DGIS, SINAIS.
13. COPLADE. Encuesta Intercensal 2015. Boletín demográfico 2015; 11.
14. Freyermuth-Enciso M, Luna-Contreras M. Muertes Maternas y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Revista internacional de estadística y geografía 2014 ;5(4): 44-61.
15. González-Pérez DM, Pérez-Rodríguez G, Leal-Omaña JC y col. Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional. Rev Mex Pediatr. 2016; 83(4):115-123.
16. Gonzaga-Soriano M, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos C y col. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. salud pública de México. 2014 56 (1).
17. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Santa Rosa-Moreno F y col. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 96-103.
18. Hernández-Mier C. Quejas relacionadas con la atención médica recibidas en una institución de salud en México. Gac int cienc Forense 2015; 16.
19. Rivera-Mejía PT, Carvajal-Barona R, Mateus-Solarte J y col. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. Hacia Promoc Salud 2014; 19(1):84-98.

21. Arispe C, Salgado M, Tang G y col. Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* 2011 22(4):169.
22. Asprea I, García O, Nigri C, Licha D y col. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud Presidencia de la nación 2013.
23. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía L y col. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad Sud Publica Rio de Janeiro* 2015; 31(12):2635-2648.
24. Miranda-Mellano C, Castillo-Avila I. Factores de necesidad asociados a uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid* 2016; 24(3).
25. Srivastava A, Avan-I B, Rajbangshi P et al. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15(97): 5-12.
26. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann T. Access barriers to obstetric care at health facilities in Sub-Saharan Africa—a systematic review. *Bio Med Central* 2017; 6:110.
27. Escobar-Carmona, Urena-Bogarin E. Apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF No. 1. IMSS 2014.
28. Álvarez-Huante Y, Muñoz-Cortés G, Chacón-Valladares P et al. Evaluación del apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán México. *Atem Fam* 2017; 24(3).
29. Paz-Ramosa M, Enriqueta-Hernández L, Jiménez-Báez M, y cols. Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. *Med Gen Fam* 2017; 6(6): 241-245.
30. IMSS. Cédula de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral. En: Manual Metodológico de Indicadores Médicos; 2013.
31. Victor M, Velazco-Rodriguez V, Roiz-Hernandez J y col. Muestreo y tamaño de la muestra. Una guía práctica para el personal de salud que realiza investigación. 1ra ed. Torreón Coahuila México: E-libro Net; 2001.

ANEXOS

Anexo 1. Definiciones conceptuales y operacionalización de variables

Variables	Concepto	Operacionalización	Tipo de variable	Escala/indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Edad registrada en el expediente clínico de la UMF No. 27 del IMS	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Tiempo de gestación	Tiempo medido a partir del primer día del último período menstrual normal.	Edad gestacional expresada en el expediente clínico o en su defecto si se cuenta con la fecha de última menstruación se calculara las SDG en caso de ciclos menstruales regulares o se utilizara el US del primer trimestre de gestación en caso necesario y de contar con el	Cuantitativa Continua	Semanas de gestación
Peso	Es la fuerza de gravedad sobre el objeto.	Registro expresado en el expediente clínico en gramos según OMS - Bajo peso - Sobrepeso - Obesidad	Cualitativa dicotómica	c) Si d) No
No. consultas prenatales	Número total de asistencias al médico que realiza un paciente	Total de consultas desde la primera consulta de control prenatal hasta la última registrada en el expediente.	Cualitativa ordinal	c) < 5 d) ≥5
Riesgo obstétrico	Es toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.	Alto: Tener al menos algún factor de riesgo preconcepcional y/u obstétrico. Bajo: No contar con algún factor de riesgo preconcepcional y/u obstétrico. Factores de riesgo preconcepcional: Edad: menor de 16 y mayor de 35 años. Intervalo intergenésico: cuando el tiempo entre embarazos es menor a dos años. Paridad: en el primer embarazo y después del cuarto. Antecedentes obstétricos: perinatales (2 o más abortos, óbito y muerte neonatal de causas desconocidas), producto macrosómico mayor de 3,800 gr. o de bajo peso menor de 2,500 gr., parto pretérmino menor de 37 semanas, más de una cesárea previa, Rh incompatible sensibilizada y sin sensibilizar, pre-eclampsia eclampsia (PE). Factores de riesgo obstétrico: La adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años (Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación). Edad de 35 años o más. Anemia Intervalo intergenésico menor de 2 años. Multigesta Antecedente de 2 abortos. Antecedente de PE Hemorragia en la 2da mitad del embarazo. Cesárea previa. Muerte fetal. Prematurez Hipertensión arterial Cardiopatía congénita Nefropatía	Cualitativa Ordinal	c) Alto d) Bajo
Tratamiento farmacológico estandarizado	Al tratamiento cuya composición, dosis, cantidad y duración es la misma para cualquier	Ácido fólico, hierro Otros: antimicrobianos(nistatina, metronidazol intravaginal bloqueadores de receptores H2, Physillum plantago	Cualitativa dicotómica	c) Si d) No

	tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual. NOM	Vacunación		
Signos vitales en cada consulta	Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Frecuencia cardíaca fetal cando aplica	TA otros: FC, FCF	Cualitativa, dicotómica,	c) Si d) No
Datos de alarma obstétrico	Conjunto de síntomas y síntomas que ponen en peligro la integridad de la embarazada y su producto.	Cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido trasvaginal.	Cualitativa Dicotómica	c) Si d) No
Cita prioritaria en caso de factores de riesgo o complicación		Menor a 30 días	Cualitativa dicotómica	c) Si d) No
Promoción a la salud	A la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.	Educación a la salud: trabajos social otros Estomatología, nutrición, medicina preventiva	Cualitativa nominal dicotómica	c) Si d) No
Exámenes de laboratorio y gabinete	Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina y otra sustancia del cuerpo	BH, Glucemia, EGO, VHI, VRDL, VHB, cultivo vaginal, Grupo y Rh, Ultrasonido	Cualitativa, nominal, dicotómica	c) Si d) No
Método anticonceptivo	Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.	Orales Inyectables Parche dérmico Dispositivo intrauterino Oclusión tubaria bilateral Vasectomía De barrera Espermicidas Metodos naturales	Cualitativa, nominal	c) Si d) No
Referencia a segundo nivel de atención	Establecimiento de Salud responsable de satisfacer las necesidades de salud través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria a ginecobstetricia	Ginecobstetricia Endocrinología Neurología Nefrología Etc.	Cualitativa, nominal, dicotómica	c) Si d) No
Apego a la GPC de control prenatal	Porcentaje de cumplimiento según la Cedula Única de Evaluación del Proceso de atención integral para el primer nivel de atención	El cálculo del 80% o más del cumplimiento, tomando el 100% al cumplir con los 10 rubros para el primer nivel de atención según la CUEP.	Cuantitativa, continua	10,20, 30, 40,50, 60, 70, 80,90 Y 100 %

ANEXO 2. Cronograma de actividades

Actividad	6/2017	8 – 9/17	6-7/19	8-9/19	10/19	11/19	11/19	11/2019
Planteamiento del problema								
Redacción del proyecto de investigación								
Aprobación del proyecto								
Desarrollo del proyecto								
Captura de datos								
Análisis de resultados								
Reporte final								
Entrega a los asesores								

ANEXO 3 y 4. Cédula única de evaluación del proceso de atención materna integral

XI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE AL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE EN PRIMER NIVEL												
Casos evaluados en SIMF		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Identificación del paciente												
1	La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	5
4	Se realizó la prueba rápida para VIH	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	6
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	6
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
10	Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
11	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
12	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Total de recomendaciones cumplidas (1)		13	12	13	12	12	11	11	9	14	14	121
Total de recomendaciones no cumplidas (0)		1	2	1	2	2	3	3	5	0	0	19
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado		14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	140
Porcentaje de recomendaciones cumplidas		93%	86%	93%	86%	86%	79%	79%	64%	100%	100%	86%
Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas		7%	14%	7%	14%	14%	21%	21%	36%	0%	0%	14%
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI

INSTRUCTIVO (CUEP)

XI Evaluación de la calidad de la atención médica (Primer nivel)				
Objetivo:		Evaluar la calidad de atención, mediante la selección de algunos criterios relevantes de la Guía de Práctica Clínica y del Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención. 2650-003-001 (fecha de actualización 13-06-2013).		
Responsable	Punto Crítico	Elemento de medición	Fuente de información	Método
Médicos de primero y segundo nivel	XI Calidad de la atención médica	Criterios seleccionados de la Guía de Práctica Clínica "Control Prenatal con enfoque de riesgo" Catálogo maestro de GPC IMSS-028-08.	Listado de mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal del SIAIS.	Solicitar del ARIMAC el reporte de MT 06 Listado de derechohabientes mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal, del SIAIS, seleccionar los casos y buscar en SIMF (por catálogo de pacientes) y en Módulo de Vigilancia Prenatal los criterios seleccionados. El criterio 12 que se refiere a actividades educativas; verificar que se haya realizado y existan notas de trabajo social (entrevista diagnóstica y asistencia a sesiones educativas). Los ítem 5, 6, 7 y 14 tienen opción "No aplica"; en el resto solo opciones 1/0 porque se consideran de cumplimiento obligatorio en todos los casos. El instrumento esta formulado para obtener el resultado de los criterios evaluados, restando los casos que no aplican. En la tabla anexa se especifica la referencia normativa de cada criterio.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN BASE A LA GPC : "CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO" IMSS-028-08. EN PRIMER NIVEL

Ítem	Criterio	Opciones	Referencia	Ubicación
1	La segunda atención se otorgó entre los 7 a 10 días con estudios prenatales	0/1	Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)	Numeral 14 pág. 14
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC	0/1	4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico Cuadro 6.4 Medicamento pág. 59	pág. 44
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb> 11mg)	0/1	4.4 Tratamiento. 4.4.1 Tratamiento farmacológico	pág. 45
4	Se realizó la prueba rápida para VIH	0/1	Evidencia y Recomendación	pág. 20 y 37
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 21 y 33
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 22
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28	0/1/NA	4.3. Diagnóstico. 4.3.1. Diagnóstico clínico	pág. 23 y 41
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24	0/1	4.3. Diagnóstico. Recomendación	pág. 21 y 42
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita	0/1	4.3.2 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	pág. 32-34
10	Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica	0/1	4.1 Prevención primaria, 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida	pág. 11

11	La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación	0/1	4.6 Vigilancia y Seguimiento	pág. 49-50
12	Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS	0/1	4.1 Prevención primaria. 4.1.1 Promoción de la salud 4.1.1.1 Estilos de vida	pág. 10-13
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico	0/1	Procedimiento para otorgar Atención Materna y Perinatal en la Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención. (13-06-2013)	Numeral 26 pág. 16
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos	0/1/NA	4.5 Criterios de Referencia y Contrareferencia. 4.5.1 Criterios Técnico Médico de Referencia. 4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención	pág. 48

ANEXO 5. Hoja de recolección de datos

VARIABLE	OPERALIZACION
Edad	Años cumplidos: rangos de 5
Tiempo de gestación	Semanas de gestación: 1-14
Toma de peso	Si, No
Índice de Masa Corporal OMS	Normo peso, sobrepeso, obesidad, obesidad grado I,II,III
No. de consultas prenatales	Menor a 5 y mayor a 5
Identificación y estatificación de riesgo obstétrico	Si, No
Tratamiento farmacológico estandarizado	Si, No
Prescripción de ácido fólico por trimestres	1ro, 2do, 3ro
Toma de signos vitales en cada visita	Si, No
Datos de alarma obstétrico	Si, No
Clasificación de riesgo obstétrico	Bajo, alto
Cita prioritaria en caso de factores de riesgo obstétrico	Si, No
Promoción a la salud	Si, No
Exámenes de laboratorio y gabinete	Si, No
Tipo de método anticonceptivo	Sin registro, DIU, OTB, inyectables, implante, parche, preservativos, vasectomía, no acepto
Referencia a segundo nivel	10, 20, 30,40,50,60,70,80,90, 100%
Especialidades de envío	GyO, perinatología, TOCO, ninguno, GyO-TOCO, perinatología-TOCO, perinatología-GyO, GyO-epidemiología
Prescripción de hierro antes de BH	Si, No, NA
Prescripción de hierro antes de resultados de BH	Si, no
Desarrollo de anemia según OMS	Si, No, NA
10 variables CUEP	Si: 1, No: 0, NA
14 variables CUEP	Si: 1, No: 0, NA
Porcentaje de apego a la GPC	10, 20, 30,40,50,60,70,80,90, 100%

VOTOS APROVATORIOS

Tijuana, Baja California, a 4 de noviembre del 2019

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada: **Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B. C.** Elaborada por la Dra. Teresa Salazar Galindo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Maria Imelda Maravillas Tinoco
Director de Tesis

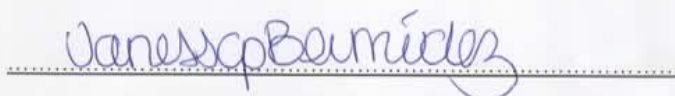
Tijuana, Baja California a 4 de noviembre, 2019

COMITE DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada " **Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B.C.**", elaborada por la Dra. Teresa Salazar Galindo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Sinodal de Tesis

Tijuana, Baja California a 4 de noviembre, 2019

**COMITE DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana B.C.", elaborada por la Dra. Teresa Salazar Galindo, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo
Sinodal de tesis