



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.26

**“APEGO A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL
PRENATAL CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26”**

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ ENCARNACIÓN

DIRECTOR
DR. ARIOTH UREÑA MARTINEZ

ASESORES
DR. EDUARDO LIQUIDANO PEREZ.
DR. GIBER MAZA RAMOS.
DRA. GABRIELA GARCÍA MORALES

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL

R-2024-1102-030

ACAPULCO DE JUAREZ, GRO. FEBRERO DEL 2026.

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Apapuleo de Juárez, Guerrero, México, a los 12 días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Carlos Alberto González Encarnación autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis con el título

Apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar N. 26

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A, B) o C)

A). Expreso mi conformidad de **ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha**, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

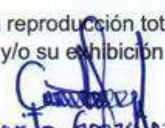
B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

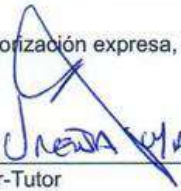
C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, **y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract**, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.


Carlos Alberto González Encarnación
Nombre y firma del autor Vo. Bo.


Arioth Ureña Martínez
Director-Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo Carlos Alberto González Encarnación con número de matrícula: 23501577, egresado del (a) Nombre del Posgrado Especialidad de Medicina Familiar

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: [] Tesis, [] Artículo, denominado:

"Apego a la guía de prácticas clínicas para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar N. 26."

para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)

Especialidad en Medicina Familiar

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 12 de Noviembre de 2025

Sustentante

Vo. Bo.

23501577 Carlos A. González Encarnación

ARUTH UREÑA MARTÍNEZ

Matrícula y Nombre completo del Autor

Nombre completo del Director(tesis)

**El presente formato deberá llenarse a puño y letra; y deberá contener firmas autógrafas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIONES ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO
(OOAD) ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACIÓN Y ENSEÑANZA INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

"APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL
PRENATAL CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 26"

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ARIOTH UREÑA MARTÍNEZ

TESISTA:

DR CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ ENCARNACIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

**APEGO A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL PRENATAL
CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBRAZADAS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 26**

No. Registro R-2024-1102-030


Dra. Guillermina Juanico Morales


Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional


Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Coordinador Auxiliar Médico
de Educación


Dra. Elisa Sánchez Cabrera


Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud


Dra. Brenda Garduño Orbe

Coord. Clínico de Educación
e Investigación en Salud


Dra. Brenda Garduño Orbe

Coordinadora Clínica de Educación
e Investigación en Salud.


Dr. Ricardo Gil Ojeda
PROFESOR TITULAR
DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

Dr. Ricardo Gil Ojeda

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina
Familiar.


Dr. Arioth Ureña Martínez

Jefe SPPSTIMSS

IMSS Matrícula. 991261.51

Dr. Arioth Ureña Martínez

Director de Tesis.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1102**,
H. GRAL. REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 12 001 066**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 12 CEI 002 2018082**

FECHA **Miércoles, 13 de marzo de 2024**

Doctor (a) ARIOTH UREÑA MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APEGO A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2024-1102-030

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

ATENTAMENTE

salomon Garcia Andrade
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

Imprimir



IMSS
DIRECCIÓN
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No
VICENTE GUERRERO

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIAS

“A mi familia, fuente de amor y motivación: A mis padres, Florentino y Carmen, por su amor incondicional y apoyo constante en esta travesía.

A mi esposa Paloma, por ser mi compañera de vida y fuente de inspiración.

A mis hijos Alisson Michell y Calos Daniel, por ser la luz que ilumina mi camino, la razón de mi esfuerzo, dedicación y motivación día a día. Gracias por ser mi familia y por estar presente en mi vida. Este logro es fruto de su amor y apoyo.”

AGRADECIMIENTOS

A dios, por darme la vida, la inteligencia, sabiduría el don del entendimiento y la oportunidad de poder ser medico por vocación y decisión.

A mis padres Florentino González Abundes (+) María del Carmen Encarnación Cabrera por ejemplo de vida, por ese apoyo único, incondicional y que siempre fueron la fuente de inspiración para llegar a ser Médico Especialista.

A mi esposa Paloma Isabetht Martínez Bravo por su paciencia y apoyo en este trayecto del posgrado.

A mi asesor, el Dr. Arioth Ureña Martínez, por su dedicación, orientación, y apoyo en todo momento para concluir mi tesis.

A mi amiga la Dra. Elia Barrera Rodríguez, por su contribución a esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	14
1.- INTRODUCCION.....	15
2.- MARCO TEORICO	16
2.1 ¡Error! Marcador no definido.	
El objetivo general del control prenatal es:	19
Exámenes de laboratorio	21
Estudios de gabinete	22
Exámenes segunda mitad del embarazo (28 semanas).	23
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
4.1 38	
3. JUSTIFICACIÓN	39
3.1 Contribución	39
3.3 Magnitud, Frecuencia, distribución	40
3.4 ¡Error! Marcador no definido.	
3.5 ¡Error! Marcador no definido.	
3.6 ¡Error! Marcador no definido.	
5. OBJETIVOS	42
5.1.- OBJETIVO GENERAL.	42
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
6.- HIPÓTESIS DE TRABAJO	42
6.1 ¡Error! Marcador no definido.	
6.2 ¡Error! Marcador no definido.	
7.- MATERIAL Y MÉTODO	43
7.1 ¡Error! Marcador no definido.	
7.2 ¡Error! Marcador no definido.	
7.3 ¡Error! Marcador no definido.	
7.4 ¡Error! Marcador no definido.	
7.5 ¡Error! Marcador no definido.	
7.6 ¡Error! Marcador no definido.	
7.7 ¡Error! Marcador no definido.	
7.8 ¡Error! Marcador no definido.	
7.9 ¡Error! Marcador no definido.	

7.10	¡Error! Marcador no definido.	
7.10.1	¡Error! Marcador no definido.	
7.10.2	¡Error! Marcador no definido.	
7.10.3	¡Error! Marcador no definido.	
7.11	¡Error! Marcador no definido.	
7.12	¡Error! Marcador no definido.	
7.13	Análisis de datos (Propuesta de análisis estadístico)	47
	Anexo 7. Carta de consentimiento informado	48
8.0	¡Error! Marcador no definido.	
9.	RESULTADOS	51
10.	DISCUSIÓN	60
11.	CONCLUSIÓN	62
	Anexo 2. Recursos humanos.	72
	Anexo 5. Carta de no inconveniente firmada por el director	73

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno.	21
Tabla 2.	Características generales de la población.	50
Tabla 3.	Características generales sobre el control prenatal de la población.	51
Tabla 4.	Apego a la Guía de Práctica clínica de control prenatal.	51
Tabla 5.	Evaluación de la atención oportuna y prevención primaria.	54
Tabla 6.	Promoción de la salud de la mujer embarazada.	54
Tabla 7.	Cumplimiento del tamizaje oportuno.	55
Tabla 8.	Se realizó toma de signos vitales.	55
Tabla 9.	Se ofertaron los métodos anticonceptivos.	55
Tabla 10.	Segunda atención otorgada.	56
Tabla 11.	Factores que contribuyen en el cumplimiento de control prenatal con apego a la Guía.	56
Tabla 12.	Cálculo de Odds Ratio e intervalo de confianza.	58

Abreviaturas

OMS (Organización Mundial de la Salud).

VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

NOM (Norma Oficial Mexicana).

AGPICL (Ácidos polinsaturados de cadena larga).

CISS (Centro de Investigación en Sistemas de Salud).

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública).

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

CUEP (Cédula Única del Proceso y Calidad de Atención Materna Integral).

PREVENIMS (Estrategias de Promoción a la Salud).

GPC (Guía de Práctica Clínica).

ENAPEA (Estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes).

**“APEGO A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL
PRENATAL CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26”**

RESUMEN

APEGO A LA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL CONTROL PRENATAL CON ATENCIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26.

Introducción. El embarazo es un proceso fisiológico que inicia con la fecundación, para dar paso a la vida. El control prenatal es un conjunto de acciones y visitas médicas que buscan vigilar el embarazo, detectar riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto y la maternidad. **Objetivo.** Determinar el grado de apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal con atención centrada en la paciente (GPC) en la UMF No. 26 del IMSS. **Material y Método.** Se realizó el estudio transversal retrospectivo. Se revisaron 309 expedientes de pacientes en control prenatal de enero a diciembre del 2023. Se utilizó la cédula única de evaluación del proceso de atención materna integral elaborada por el IMSS. **Resultado:** El promedio de edad de las participantes es de 28.5 años, con 2.3 gestas, quienes asistieron con 5.2 de consultas en promedio. El porcentaje de **apego promedio fue de 31.1% (89) y el de no apego es de 68.9% (197)**, la variable con mayor apego fue toma de la tensión arterial con un promedio 94.8%. Se hicieron pruebas de independencia, comparaciones de medias, no se encontró diferencia estadística entre los factores sociodemográficos y el apego. **Discusión:** El apego al control prenatal es vital, un mal apego está relacionado con alta mortalidad materna, tal como lo refiere Medina, quienes reportaron altas tasas de mortalidad materna en mujeres jóvenes con nulo control prenatal. **Conclusiones:** Es fundamental el apoyo para la implementación del uso de las guías de práctica clínica como estrategia para la equidad en la atención y mejora de los resultados en el control prenatal y con ello en el resultado del embarazo sin complicaciones.

Palabras claves: Atención prenatal, guía de práctica clínica, embarazo, apego.

Summary

ADHERENCE TO THE CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PRENATAL CARE FOR PREGNANT WOMEN AT FAMILY MEDICINE UNIT NO. 26.

Introduction. Pregnancy is a physiological process that begins with fertilization, leading to the creation of life. Prenatal care consists of a set of actions and medical visits aimed at monitoring pregnancy, identifying risks, preventing complications, and preparing the patient for childbirth and motherhood. **Objective.** To determine the level of adherence to the clinical practice guideline for prenatal care with patient-centered attention (CPG) at UMF No. 26 of the IMSS., **Material and Method.** A retrospective cross-sectional study was conducted. A total of 309 patient records from prenatal care from January to December 2023 were reviewed. The unique evaluation form for the comprehensive maternal care process developed by the IMSS was used. **Result:** The average age of the participants was 28.5 years, with an average of 2.3 pregnancies, attending an average of 5.2 consultations. The average adherence percentage was 31.1% (89) and non-adherence was 68.9% (197), with the highest adherence variable being blood pressure measurement at an average of 94.8%. Independence tests and mean comparisons were performed; no statistical difference was found between sociodemographic factors and adherence. **Discussion:** Attachment to prenatal care is vital; poor attachment is related to high maternal mortality, as reported by Medina, who found high rates of maternal mortality in young women with no prenatal care. **Conclusions:** Support for implementing clinical practice guidelines is essential as a strategy for equitable care and improving prenatal care outcomes and, consequently, pregnancy outcomes without complications.

Keywords: Prenatal care, clinical practice guideline, pregnancy, attachment.

1.- INTRODUCCIÓN

La OMS no define a la salud como una herramienta, sino que considera un derecho humano fundamental y un estado de completo bienestar, físico, mental y social. Es importante mencionar que el control prenatal según la OMS es la atención integral y sistemática brindada a la mujer embarazada a través de visitas médicas periódicas para vigilar la salud de la madre y el feto, identificar riesgos y prevenir complicaciones. El objetivo es asegurar un embarazo saludable y una buena preparación para el parto y el recién nacido, incluyendo la promoción de estilos de vida saludables y la preparación emocional.

La Guía de Práctica Clínica tiene el objetivo de propiciar una buena atención prenatal de forma integral, mediante la participación de un equipo multidisciplinario dentro de las unidades de medicina familiar, donde fomenta acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos-fetales, lo que condicionara la mejora en la efectividad, y en la calidad de la atención médica, aportando de esta manera al bienestar de mujeres con producto de la gestación. Con una buena atención de calidad y calidez humanitaria en el control prenatal adecuado se logrará reducir de forma palpable la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Los Objetivos del control prenatal son:

Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes.

Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sangrado en el embarazo.

Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de VIH.

2.- MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Generales.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la mortalidad materna es

inaceptablemente alta. A diario mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Prácticamente las muertes se han producido en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia, y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015 la RMM Mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos), solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir del 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% (1).

Entre 2019, se calcula que las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados. Se calcula que en el año 2016 se produjeron 21 millones de embarazos en mujeres adolescentes de 15 y 19 años en las regiones en desarrollo, de los que se estima que 12 millones dieron lugar a nacimientos. Las madres adolescentes de entre 10 y 19 años tienen mayor riesgo de presentar Eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 y 24 años, y los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave (1) .

La UNICEF señala que en América Latina y el Caribe es la región con la más alta proporción de nacimientos de madres adolescentes, con el 18% del total mundial de esos partos. Un nuevo estudio de la agencia de la ONU para la salud sexual y reproductiva revela que casi la mitad de las madres adolescentes dan a luz antes de los 17 años (2).

En los años 2006-2008 la tasa de embarazo en adolescentes era del 70.9 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años; para 2011-2013 se incrementó a 77.0 nacimientos y en el trienio 2015-2017 fue de 70.6 nacimientos (3). Cerca de 21 millones de adolescentes (mujeres de entre 15 y 19 años) se quedan gestantes y doce millones dan a luz cada año en los países en desarrollo, 77.000 en el caso de las menores de quince años. Sin embargo, al menos diez millones de embarazos son no intencionados, con los problemas que ello provoca; las

complicaciones durante la gestación y el parto son la principal causa de muerte en adolescentes en todo el mundo, mientras que, cerca de 5.6 millones de abortos de mujeres embarazadas de entre 15 y 19 años que tienen lugar cada año, 3,9 son inseguros lo que eleva la tasa de mortalidad y morbilidad (3).

En el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La salud materna- infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias y constituye un gran elemento para disminuir las desigualdades y la pobreza (4)

La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2- 2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido define a la atención prenatal como: llevar a cabo una serie de entrevistas, visitas programadas a la mujer embarazada con el personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y realizar una adecuada preparación para un parto, puerperio y el manejo de la persona recién nacida (5).

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención, a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, poniendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros 7 días de vida). La atención prenatal que recibe una mujer durante el embarazo contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud en la promoción y prevención, incluyendo apoyo nutricional, prevención de la anemia, detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual, vacuna contra tétano e influenza (6).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud 2016 sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva, priorizan la atención de la salud centrada en la persona, el bienestar de las mujeres y las familias, los resultados maternos y perinatales positivos. Así como las Intervenciones en el sistema de salud para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal, la experiencia positiva del embarazo de mujeres y

adolescentes, con una recomendación de un mínimo de ocho contactos de atención prenatal durante el embarazo, para mejorar los resultados perinatales y la experiencia de las mujeres en la atención (7).

Embarazo: Periodo que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. También se llama gestación (8).

La atención preconcepcional tiene como objetivo promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia y forma parte de la asistencia prenatal. Se basa en la promoción de la salud, en la evolución del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades detectadas.

La consulta preconcepcional se puede dividir en varios componentes: evaluación del riesgo preconcepcional (detección y/o seguimiento de enfermedades crónicas, antecedentes reproductivos, exposición a riesgos ambientales), exploraciones complementarias y acciones educativas y promotoras de salud. La evaluación del riesgo debe realizarse en todas las mujeres que acuden a la consulta preconcepcional. Los instrumentos básicos son la historia clínica (cuando la edad de la mujer sea superior a 35 años, debe ser informada del riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y de las posibilidades de diagnóstico prenatal en el caso de comenzar un embarazo) y la exploración física. En la mujer con una enfermedad crónica, el momento óptimo para iniciar la asistencia a un futuro embarazo es el período preconcepcional (9).

El control prenatal es una serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural. El control prenatal es importante incluso en embarazadas saludables. Incluyen una serie de controles, generalmente entre 7 y 11 visitas, aunque el número óptimo para un control adecuado en pacientes de bajo riesgo es algo en continua discusión. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto

obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo (10).

Los objetivos del control prenatal son:

- 1.- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto. 2.- Establecer la edad gestacional.
- 3.- Evaluar posibles riesgos y corregirlos. 4.- Planificar los controles prenatales.
- 5.- Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural.

El objetivo general del control prenatal es:

- 1.- Controlar la evolución de la gestación.
- 2.- Fomentar estilos de vida saludables.
- 3.- Prevenir complicaciones.
- 4.- Diagnosticar y tratar oportunamente la patología.
- 5.- Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda.
- 6.- Preparar a la madre, y pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

La frecuencia recomendada para un embarazo no complicado es:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas.
- Cada 2-3 semanas entre la semana 28 a la semana 36.
- Semanalmente después de las 36 semanas.

Primer control

Se debe de realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable. Realizar un examen físico, pesar, medir y calcular el IMC (Índice de Masa Corporal), con la cual se puede determinar la

ganancia de peso recomendada.

Historia

Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Son importantes los antecedentes de riesgos en embarazos previos como partos prematuros, restricción en crecimiento y enfermedades hipertensivas que tienen alto riesgo de repetirse en embarazos posteriores. Historia menstrual para determinar la edad gestacional, y ser determinada a través de ecografía precoz; enfermedades crónicas preexistentes; hábitos de riesgo (tabaquismo, alcohol y drogas, entre otros). Antecedentes familiares de diabetes, hipertensión y restricción de crecimiento en la línea materna aumenta la probabilidad de aparición en la paciente embarazada.

Examen físico general y segmentario.

Buscar indicio de patología con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante carga sobre el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco- obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo. Detectar flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. El examen obstétrico abdominal adquiere importancia desde las 12 semanas, ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis y es posible escuchar frecuencia cardíaca fetal con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinar puede realizarse a partir de las 18 semanas. La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo de útero. La altura del útero en centímetros entre las 18-32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas.

Tabla 1. Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno.

Semanas de gestación	Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno	Fondo uterino (cm).
9	A nivel de la sínfisis del pubis.	

12	El útero se palpa en el abdomen	
16	Se encuentra a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo	16
22	Se palpa a nivel del ombligo.	20
28	Se palpa a tres dedos por encima de la cicatriz umbilical.	24
32	Aumenta tres través de dedo.	28
36	Alcanza el borde costal y se detiene su crecimiento	32
40	El crecimiento es muy lento y ya no es perceptible. En primigestas tienen a disminuir por el encajamiento del feto.	30-32

Exámenes de laboratorio

Grupo Rh y Coombs: Permite identificar a pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizadas, con el objeto de determinar estrategias de prevención en las madres Rh positivas permite la identificación de portadoras de otros anticuerpos irregulares.

Hemograma: Permite diagnóstico de anemia y tratamiento. La serie blanca nos permitirá identificar eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero muy importantes, como leucemias. El recuento de plaquetas nos puede detectar trombocitopenia.

Glicemia: En ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes mellitus gestacional (tipo I y II).

Sedimento orina y urocultivo: Para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgos de pielonefritis.

VDRL: Permite el diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal y reducir el daño.

VIH: Para el diagnóstico de madres portadoras de VIH, con el fin de prevenir la transmisión vertical. Este examen debe de repetirse entre las 32-34 semanas en pacientes con conductas sexuales de riesgo.

Hepatitis B: Antígeno para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido.

En algunos países (Inglaterra, Australia), se recomienda ofrecer el test para detectar Chlamydia y Gonorrea en pacientes menores de 25 años, con el fin reducir riesgo de parto prematuro, ruptura precoz de membranas y bajo peso.

La detección de déficit de vitamina D: se recomienda en pacientes de alto riesgo (poco expuestas a la luz, piel oscura, obesas). La realización de screening para hipotiroidismo.

Estudios de gabinete

Ultrasonido. Se recomienda realizar entre las 11-14 semanas para precisar edad gestacional según longitud céfalo-nalgas y determinar el riesgo de aneuploidías, con evaluación de translucencia nucal, hueso nasal más química materna se obtiene cifras de detección de 95% para síndrome de Down con 5% de falsos positivos. Es posible en este examen evaluar el riesgo de desarrollo futuro de preeclampsia o restricción del crecimiento fetal, a través de evaluación por Doppler de las arterias uterinas. Si se detecta este riesgo, se recomienda administrar aspirina en dosis bajas de 100 mg antes de las 16 semanas para reducirlo.

Implementar el test para el diagnóstico prenatal no invasivo, que analiza el DNA libre fetal en sangre materna, por lo cual es posible detectar trisomías 13, 18, 21 y algunas aneuploidías asociadas a los cromosomas sexuales, a partir de las 10 semanas de embarazo.

Controles posteriores

Hay que buscar signos de bienestar fetal como la percepción y número de movimientos fetales. Se deben buscar signos y síntomas de preeclampsia, datos de vasoespasmo como cefalea, tinnitus, fopsias, edema de extremidades, alza de cifras tensionales (140/90), síntomas de infección urinaria (disuria, polaquiuria, tenesmo) amenaza de parto prematuro (contracciones, pérdida de sangre o fluidos por la vagina) y de colestasis intrahepática del embarazo (prurito palmo-plantar de predominio nocturno).

Exámenes segunda mitad del embarazo (28 semanas).

Hemograma, VDRL, prueba de tolerancia a la glucosa para el diagnóstico de diabetes

gestacional, repetir Coombs indirecto en pacientes Rh negativas y cultivo vagina-rectal entre las 35-37 semanas para identificar pacientes portadoras de Streptococo B.

Ultrasonido 22-24 semanas

Para evaluar anatomía fetal y con ello detectar malformaciones congénitas, también se evalúa la longitud cervical en forma universal, para detección de riesgo de parto prematuro. Se ha detectado pacientes asintomáticas, sin historia previa, pero con cérvix < 25mm tienen tres veces mayor riesgo de parto prematuro antes de las 34 semanas y se administra progesterona a este grupo de pacientes es posible reducir este riesgo en un 44%. * Se realiza evaluación de Doppler de arterias uterinas en pacientes que no tuvieron en la Eco 11-14 para predecir riesgo de preeclampsia y restricción de crecimiento fetal.

Vacunación

El colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el centro para el control de enfermedades y Prevención de Enfermedades recomienda que, en temporada de invierno, las mujeres embarazadas deben de recibir vacuna para influenza, además toxoide tetánico y la vacuna acelular para Pertussis idealmente en la 27-36 semanas.

Debe de realizarse una valoración para identificar depresión durante el embarazo, especialmente en pacientes con antecedente de patologías psiquiátricas previas (se recomienda la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo como herramienta de evaluación).

Consejo nutricional

Se recomienda una dieta balanceada y variada de acuerdo con las preferencias del paciente. Se debe usar el IMC para calcular la ganancia de peso apropiada. Las embarazadas obesas deben ser aconsejadas para tener una alimentación saludable y estimulada a realizar actividad física. Las embarazadas de peso normal deberían de tener una ingesta calórica de 25-35 kcal/kg de peso ideal y agregar 100-200 kcal/ día durante el embarazo.

El hierro es el único nutriente cuyas necesidades no son cubiertas con una dieta normal. Los requerimientos son de 30 mg/día y la dieta corriente no supera los 15 mg/día, por lo tanto, debe de ser suplementado en dosis de 30-60 mg/día de hierro elemental en forma de sales

ferrosas como fumarato, sulfato a partir de las 16 semanas. El ácido fólico (400mcg/día), los primeros tres meses de embarazo e iniciar la suplementación tres meses antes de la concepción, para disminuir riesgos de defectos del tubo neural. Cuando existen antecedentes de embarazos previos con defectos del tubo neural, esta suplementación debe ser 4 mg/día.

El Colegio británico de Obstetricia y Ginecología recomienda la suplementación de Vitamina D en mujeres en riesgo de deficiencia, aunque aún falta investigación para establecer la dosis apropiada. Estudios observacionales sugieren que la suplementación con DHA tiene efectos beneficiosos para el neuro-desarrollo pediátrico. La ingesta de cafeína debe limitarse a <200 mg/día (2 tazas). El exceso ha sido asociado con aumento de abortos.

Educación

Debe implementar comportamientos saludables, cuidado dental, mantener ejercicios, evitar exposición a químicos peligrosos, mínimo uso de tinas calientes, potencial violencia intrafamiliar, uso correcto del cinturón de seguridad (por arriba y debajo del abdomen, no sobre él). Cese de tabaquismo en pacientes fumadoras y evitar consumo de alcohol. En pacientes con cesárea previa discutir riesgos y beneficios de trabajo de parto después de una cesárea versus repetir cesárea en forma electiva.

Actividad sexual: En mujeres sanas, la actividad sexual hasta cuatro semanas antes de la fecha del parto no implica riesgos, debe de ser suspendida en riesgo de síntomas de aborto, parto prematuro o metrorragia.

Trabajo: Pacientes con embarazo no complicado pueden seguir trabajando en nuestro país hasta las 34 semanas.

Ejercicio: La mujer debe de ser animada a continuar con un plan de ejercicios aeróbicos durante el embarazo.

Viajes: En la primera mitad de la gestación los viajes no aumentan el riesgo del embarazo; el tercer trimestre; los viajes prolongados no deben realizarse frente a condiciones de riesgo. Los viajes en avión con cabina presurizada son seguros; en general las líneas aéreas internacionales los permiten hasta las 32 semanas y para vuelos nacionales hasta las 36 semanas (10).

El folato es esencial para la división celular y el crecimiento tisular. Sus requerimientos incrementan durante el embarazo debido a que tienen un papel importante en el desarrollo embrionario y su suplementación perinatal tiene amplia evidencia que muestra beneficios para prevenir defectos del tubo neural. Durante el desarrollo embrionario existen cambios significativos en el epigenoma, en particular en la metilación del ADN. Alteraciones en este proceso se han asociado con problemas del neuro-desarrollo, síndrome de X frágil, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Angelman y trastornos del espectro autista.

El ácido fólico tiene un papel importante en este proceso ya que es un componente principal del ciclo de donadores de metilo. Múltiples estudios observacionales han mostrado que los niveles de folato bajos afectan la función cerebral, en especial la cognición, las habilidades motoras, el lenguaje y la comunicación. Es por eso que actualmente se recomienda que las mujeres reciban suplementación con ácido fólico desde el periodo preconcepcional hasta el primer trimestre del embarazo, sin embargo, durante el segundo y tercer trimestre ocurre una expansión masiva del cerebro acompañada de sinaptogénesis y maduración de la corteza, por lo que se ha planteado que la suplementación debería de ser durante todo el embarazo (11).

Una mayor ingesta de alimentos que contienen ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPICL) omega 3, como el pescado, durante el embarazo se ha asociado con gestaciones más largas y mejores resultados perinatales. En cuanto a los efectos en los recién nacidos, existe un posible menor riesgo de muerte perinatal y admisión hospitalaria neonatal con el uso de omega-3, además, se demostró un riesgo reducido de bajo peso al nacer (12).

Tasa de mortalidad

La tasa de mortalidad materna. Se define como el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo durante el periodo dentro de los 42 días posteriores al parto cada 100.000 nacidos vivos.

Las causas más comunes de muertes maternas en todo el mundo son

- Hemorragia

- Preeclampsia
- Sepsis
- Aborto
- Embolia pulmonar
- Complicaciones obstétricas.
- Otros trastornos.

Casi la mitad de las muertes son evitables (13).

Evaluación del riesgo materno-perinatal

El riesgo se define como la probabilidad que tiene un individuo de experimentar un daño. En perinatología o medicina materno-fetal, el riesgo es evaluado en relación con daños específicos para la madre o el hijo. Se denomina factor de riesgo a aquella característica biológica, social o ambiental, que cuando está presente en un individuo se asocia con un aumento de probabilidad de experimentar un daño. Indicadores de riesgo materno-perinatal. Están constituidos por índices estadísticos que muestran la posibilidad de enfermar o morir del binomio madre-hijo como consecuencia del proceso reproductivo (14).

Consecuencias Socioeconómicas del Embarazo en Adolescentes en México

¿Qué está haciendo México en materia de prevención de Embarazos en Adolescentes y Maternidad Temprana?

Desde el año 2015, México cuenta con una Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), la cual tiene el firme objetivo de reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. La ENAPEA tiene 2 metas para el 2030: 1.- Reducir el 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad. 2).- Erradicar el embarazo en niños entre 10 y 14 años (15).

Dado que la morbilidad y mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo ocurren durante la etapa del embarazo, la detección temprana de factores de riesgo y la promoción de la salud materno-fetal es una estrategia fundamental en la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal (16).

Una de las principales estrategias en el monitoreo de la mujer embarazada es el establecimiento de las Guías de Práctica Clínica. La mayoría de las guías de atención prenatal comparten estándares comunes a las de la OMS (16).

Guías de práctica clínica

Las guías que se utilizan en las unidades de salud con servicios de maternidad y neonatología tienen el potencial de mejorar la práctica y los resultados al aportar evidencias que favorecen la eficiencia de la toma de decisiones clínicas. Además, si se aplican de manera sistemática, las GPC respaldan mayor equidad en la atención y los resultados (17). La mejora de la calidad de la atención y los resultados del embarazo, parto y puerperio plantean un desafío debido a la diversidad de las afecciones que se presentan durante el embarazo. Es en este contexto en donde las GPC deben considerar una gama amplia de afecciones e incluir el manejo del embarazo y la preparación del parto esperado (17).

Guía de Práctica Clínica con atención centrada en la Paciente

El Sistema Nacional de Salud (SNS), comprometido con la mejora de la calidad continua establece que es fundamental la implementación de estrategias efectivas que permitan estandarizar y sistematizar los procesos de atención en salud, basados en la evidencia científica disponible. En este contexto, y con el propósito de responder a las necesidades de la población derechohabiente, el IMSS considera la implementación de las Guías de práctica Clínica (GPC) con enfoque de Medicina Basada en Evidencia (MBE) como una estrategia de mejora de la calidad de la atención médica (18).

De acuerdo con el Instituto de Medicina de Estados Unidos, las GPC son un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (18).

Guía de Práctica Clínica con atención centrada en la Paciente

La Guía de Práctica Clínica con atención centrada en la paciente, de control prenatal define al control prenatal como 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 firme objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar oportunamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, maternidad y la crianza (6).

Antecedentes Específicos.

Hernández LB, Trejo y PJA, Ducoing DDLR, et al. Guía clínica para la atención. Rev. Méd Inst Méx Seguro Soc. 2003; 41 (suplemento): 1): 59-69 (18). La atención prenatal tiene como principal propósito la prevención de las complicaciones maternas durante el embarazo. Los factores de riesgo pueden ser identificados durante la atención prenatal, muchos son prevenibles o modificables (19).

Mario Norberto Bronfman-Pertzovsky, Sergio López-Moreno y col. 2003. Aplicó una encuesta transversal en el año 2000, se investigaron 217 pares de proveedores usuarias de servicios de salud, entrevistados en 95 unidades de atención de primer nivel de ocho entidades federativas Ciudad de México, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán. Resultados la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal se relacionó con el trato otorgado durante la consulta y el tiempo que se esperó para recibirla (20).

Guevara- AV, Olvera GJF, Chumacera LRM, en 2005. Realizaron un estudio transversal de 74 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al módulo de alto riesgo del Hospital General Regional "Vicente Guerrero", Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero. Un índice alto de adolescentes de 16 y 17 años predominó en este estudio, con características obstétricas de inicio de vida sexual fue de 15 años con un 85% de información sobre métodos de planificación familiar y un 69% comentó no utilizarlo. El 85% con antecedente de madre soltera, en relación con los padres, con el 50% con bajo nivel de escolaridad (21).

Vásquez-López E, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, et al. 2005. Realizan un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. El Estudio se realizó en la

C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, de la ciudad de México, en diciembre 2002 a febrero 2003. El estudio quedo conformado por 150 expedientes clínicos los cuales se valoraron con un instrumento que contenía cuatro variables basadas en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Este grupo de médicos familiares mexicanos realizaron satisfactoriamente cuatro de las nueve variables analizadas y de manera inadecuada las cinco variables restantes (22).

Heaman, MI. Newburn-Cook, CV, Green, CG et al. Atención prenatal inadecuada y su asociación con resultados adversos del embarazo: una comparación de índices. BMC Embarazo parto 8, 15(2008). Se realizó un estudio poblacional de mujeres que tuvieron un nacimiento único vivo en un hospital entre 1991 y 2000 (N=80.989). Las tasas de atención prenatal inadecuada se calcularon utilizando dos índices, el R-Gindex y el APNCU. Las tasas de atención prenatal inadecuada o nula oscilaron entre el 8,3% con APNCU y el 8.9% con R-GINDEX. La asociación entre atención prenatal inadecuada y parto prematuro y BPN varió según el índice utilizado, con Odds ratios ajustados (AOR) que oscilaron entre 1,0 y 1,3. Por el contrario, ambos índices revelaron la misma fuerza de asociación de atención prenatal inadecuada con PEG (AOR 1,4). (23).

Valdez González Rogelio, Meza Valdés Rocío, Núñez Cruz Jaime O. y col. Enero- marzo 2009. Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional. Con la revisión y análisis de certificados de defunción de casos de muertes fetal, en el periodo comprendido del 1 de enero de 1997 al 30 de agosto de 1998 en el HGZ No. 1 del IMSS de Cd. De Saltillo Coahuila, México. Con un total de 331 casos fueron analizados. La mortalidad perinatal global fue de 21.9 por 100 nacidos vivos, ocurriendo la mayoría en el periodo perinatal entre 28 SDG y siete días de vida con una tasa de 17 por 1,000. La vigilancia prenatal fue de 95%, 86% fueron partos eutócicos. En 27% de los casos hubo el antecedente de muerte perinatal. 45% de las muertes ocurrió en prematuros, 35% tuvo un peso <1,000 g, hubo anomalías congénitas en 10% e infección en 9% (24).

Clementina Soni-Trinidad, Ana maría Gutiérrez-Mateos, Francisco Javier Santa Rosa-Moreno, Arturo Reyes-Aguilar. 2012. Estudio retrospectivo y transversal efectuados en una encuesta obtenida por conveniencia en pacientes. Se estudiaron 364 pacientes quienes las principales causas de morbilidad y mortalidad fueron: hemorragia del primer trimestre 45% (n=164) y trastornos hipertensivos en 40% de los casos (n=146). Los factores de riesgo con

asociación significativa ($p < 0.05$) fueron para preeclampsia: el ser primigesta con RP de 1.56 FEp 19.6% y FEe de 35%, la edad materna menor de 20 años y mayor de 35 con RP de 1.11; FEe de 4.3% y FEe de 48%. Para aborto paridad más o menos mayor de 4 con RP de 1.42 FEp, 7.2%, FEe 29% (25).

J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, J Jesús Pérez Molina y col. noviembre 2012. Realizaron estudios de casos y controles efectuados en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio del 2010 al 31 de diciembre de 2011. El grupo de casos conformaron 550 púerperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuestas directas y se analizaron con las pruebas estadísticas X y razón de momios. En las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (26).

Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Jiménez-González CA, Coral-Córdoba AE, Ramírez-Solano PC, Ramos-Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programas de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Plít. Salud. Bogotá (Colombia) 2014: 13(27): 2212-227 (27).

Dr. Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, Ozge Tunçalp. Cols. 2014. En un análisis sistemático metacéntrico de la OMS, donde estudiaron las causas mundiales de muertes maternas durante 7 años (25). 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 en 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 (28).

Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia y Olazaran-Gutiérrez, Asbeidi. 2014. Descripción de la atención médica prenatal recibida con mortalidad materna hospitalaria en el IMSS 2005-2012 en Tijuana, Baja California, México.

Donde la información se obtuvo de los archivos de los Comités de Mortalidad Materna y del expediente. Hubo 44 muertes maternas (MM). Treinta (68%) asistieron a atención prenatal (AP), el promedio de citas fue de 3.8 y 18 (41%) tuvieron una AP adecuada (>5citas). Seis (14%) mujeres no sabían que estaban embarazadas: 19(43%), 21(48%) y 4 (9%) de las MM fueron por causa obstétrica directa, indirecta y no obstétrica. Ocho (18%), 2 (4%) y 34 (77%) de las MM ocurrieron en el embarazo, parto puerperio (29).

Carpio-Deheza Gonzalo, Vargas-Vega Ana Lía. 2015. Tipo de Estudio; Observacional, analítico descriptivo, longitudinal, prospectivo, cuantitativo. Siendo la Unidad de Análisis, pacientes internadas en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidia (HMIGU). Con resultados con 406 pacientes estudiados, en cuanto al grupo etario, el mayor número se encontró entre 16 y 18 años, con un 54.19% (220 pacientes), con una edad gestacional el mayor número se encuentra entre las 37-42 semanas: 342 pacientes (84,24%). Las características socio-demográficas de las adolescentes estudiadas, presentan: una escolaridad media, viviendo en un área urbana marginal, con inicio temprano de vida sexual y embarazo en edades de 15-19 años, las cuales constituyen factores de riesgo para el embarazo temprano (30).

Fernando Althabe, Janet Moore y col. 2015. Investigación Multinacional Prospectivo. Basado en la población de todas las mujeres embarazadas de países de ingresos bajos a medianos como; Kenia, Zambia, India, Pakistán, Guatemala y Argentina. Con un total de 269 273 mujeres de enero 2010 a diciembre 2013. El 11,9% fueron embarazos en Adolescentes de 15-19 años, mientras que el 0.14% fueron en niñas de <15 años. El embarazo en adolescentes varió un 2% en Pakistán al 26% en Argentina y los Embarazos en adolescentes < 15 años solo se observaron en África subsahariana y América Latina (31).

Medina Ramírez María Concepción Rosa, Leal Anaya Paula, Aguilera Romero Tricia Nohemí, Leyva Quintero Elizabeth. Noviembre 2015. Principales causas de mortalidad materna en Mexicali, Baja California. Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y retroactivo para conocer las causas de mortalidad materna. Se estudiaron 30 pacientes con edad promedio de 26.6+ 5.6 años, escolaridad secundaria 15 (50%) y unión libre 12 (40%), el resto (18=60%) casadas. No tuvieron control prenatal 21 (70%), el promedio de edad gestacional fue de 28.8+ 3.72 semanas, no hubo diferencia en el lugar de residencia rural y urbano 15 (50%). La principal causa de muerte directa fue la hemorragia: 9 (30%) casos. La mayor incidencia de

mortalidad fue durante el puerperio (23=77%). La tasa de mortalidad fue de 36.81 x 100,00 nacidos vivos. La mayor frecuencia de mortalidad materna fue en mujeres jóvenes, 70% sin control prenatal. La principal causa de hemorragia secundaria a embarazo ectópico fue la principal causa de muerte (32).

Martha Leticia Mejía-Mendoza y col., en octubre- diciembre 2015, realizaron una investigación cualitativa, con enfoque estudio de caso “típico”, en el que se identificaron, en un listado de control prenatal a julio 2014, en un centro de salud de Guadalajara, Jalisco, adolescentes embarazadas que vivieran en la zona urbana, llevaran control prenatal en esta unidad de salud y aceptaran participar en el estudio con el consentimiento del autor. Se analizaron las variables socioculturales en el expediente clínico, la tarjeta de control prenatal y una encuesta elaborada por investigadores. Se levantaron tres grupos focales, indagando: a) significación social del embarazo, b) experiencia del embarazo c) embarazo, familia, pareja y servicios de salud. Las variables socioculturales se analizaron en Epi-info 7, calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión (33).

Alvaréz-Huante y col., en 2017, realizando un estudio observacional retrospectivo y transversal con una revisión de 92 expedientes, en la unidad de medicina familiar No. 80 en Morelia, Michoacán, México. Los resultados muestran: el 69.1% tuvo apego a la guía de práctica clínica, la edad medida fue 17.4 años, el 50% de las embarazadas no estudio o trabajaba.

Graciela Alejandra Martínez-Cancino, Juan Cuauhtémoc Díaz-Zagoya, Argeo Romero Vázquez. 2017. Se realizó un estudio observacional, de casos y controles, retrospectivo y analítico, de 310 nacimientos prematuros en adolescentes, ocurridos en el año 2015 en un Hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano. Dónde se obtuvieron resultados promedios de edad de madres adolescentes en los casos fue del 17.1 y en controles 17.2 años. De los recién nacidos prematuros falleció el 21.9% de los casos y 1.9% de los controles. El peso promedio de los recién nacidos pretérmino fue de 2,365 gramos y en los recién nacidos a término fue de 3,100 gramos. Se obtuvo como resultado mayor riesgo en las pacientes con estudios universitarios incompleto. Se observó como factor protector el recibir atención prenatal (34)

Mary Amor Paz-Ramos, Luisa Enriqueta Hernández, María Valeria Jiménez Báez. 30 de

diciembre 2017. Realiza Estudio descriptivo, mediante revisión de expedientes médicos de pacientes embarazadas, de alto riesgo en la Unidad de Atención Primaria. Se analizaron 173 expedientes y se obtuvo un apego del 73%. Los rubros con menor apego fueron: diagnóstico (55,45%), Educación (60,33), referencia a segundo nivel (61,71%) y solicitudes de laboratorio (55,45%). Se consideró un apego a un porcentaje de >80% de actividades realizadas de acuerdo con la guía. Unidad de Medicina Familiar No 16, Quintana Roo, México. Unidad de medicina Familiar no.14. IMSS, Yucatán, México (35).

Willi Horner-Johnson, PhD, Francés M. Biel, MPH, MS. Aarón B. Caughey, MD, PhD, Blair G. Darney. Marzo 2019. Este fue un estudio de cohorte retrospectivo que utilizó datos vinculados de certificados de nacimiento y altas hospitalarias maternas e infantiles para todos los nacimientos en California en 2000-2012 (N=6, 745,201). Los análisis se realizaron en 2017-2018. Los análisis de regresión de Poisson modificados compararon mujeres con cada tipo de discapacidad con mujeres sin discapacidades en el trimestre de inicio de la atención prenatal y el número de visitas de atención prenatal. Las mujeres con discapacidad auditiva o visual o discapacidades intelectuales o del desarrollo tenían un mayor riesgo de recibir menos visitas prenatales de las recomendadas, en comparación con las mujeres sin discapacidades (36).

Lisset Ley Vega, Dra. Teresita Vega Rivero, Dr. Jesús A. Satorre Ygualada y col. Abril- junio 2019. Embarazo en la adolescencia y factores de riesgo cardiovascular. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes embarazadas. La muestra (100) estuvo conformada por pacientes adolescentes embarazadas menores de 18 años y con menos de 20 semanas de gestación. Las medidas antropométricas y de tensión arterial se realizaron por personal entrenado y con tablas establecidas. Exámenes complementarios indicados: hemograma, glucemia, colesterol, triglicéridos, creatinina, electrocardiograma, ultrasonido genético y ecocardiografía fetal.

Predominaron las adolescentes embarazadas normo-tensas, las pre-hipertensas y las hipertensas estaban en el grupo de 17 y 18 años. Se relacionaron factores de riesgo como el aumento del índice de masa corporal, antecedentes familiares de hipertensión arterial; anemia, las dislipidemias y alteraciones electrocardiográficas (taquicardia sinusal y arritmias extra sistólicas) fueron detectadas; se diagnosticaron anomalías fetales cardiovasculares y genitourinarias, el bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y la sepsis connatal (37).

Sánchez Gaitán E. Factores para un embarazo de riesgo. Rev. Méd. Sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 6 de octubre de 2023]; 4(9): e319. (20). En un estudio de cohorte que se realizó en Chile, en donde se estudió a 20.546 parto, de los cuales 16.338 (79,5%) fueron en mujeres de 20 o más, correspondieron en primigestas. Se concluyó que los grupos de mayor edad se asociaron significativamente a un aumento en la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas y perinatales (38).

Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Fuentes –Rivera E, y col. Rev. Saude Pública. Abril 2020. Realizaron un estudio cualitativo descriptivo en cuatro clínicas de la Secretaría de Salud en dos estados de México (Morelos e Hidalgo) de junio 2016 a agosto 2018. Se realizaron 11 entrevistas semi-estructuradas a prestadores de servicios de salud. Se exploraron sus percepciones y experiencias durante la implementación del modelo APG. Se identificaron barreras y facilitadores para su adopción en dos dimensiones: a) Estructurales (espacio, recursos, personal de salud, volumen de pacientes, comunidad) y b). Actitudinales (motivación, liderazgo, aceptabilidad, abordaje de problemas, clima y comunicación). Las barreras más relevantes reportadas en el nivel estructural fueron la disponibilidad de espacio físico en las unidades y el sobre carga de trabajo del personal de salud. (39).

Martínez GL, Guerrero MAL, Herrera OIG, " Salud Familiar y nivel Glucémico en mujeres durante el segundo y tercer trimestre de embarazos. Se realizó un estudio transversal, analítico. Participaron 230 gestantes del segundo y tercer trimestre del embarazo, en la Unidad de Medicina Familiar N. 75, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Estado de México. Donde 45%(n=103) de las participantes mostraron un nivel glucémico en el tercer trimestre y 22%(n=50) en el segundo trimestre, mientras el mal nivel glucémico en el tercer trimestre con 19%(n=44) y en el segundo trimestre con 14%(n=33). Rev. UNAM. Aten Fam. Junio, 2020; 27(4); 203-207 (40).

Ileana Heredia Pi, y col. Rev. Instituto Nacional de Salud Pública. 26 agosto 2020. Estudio de Investigadores del CISS/INSP muestra el estado de la atención prenatal en México. Analiza las dimensiones de la atención prenatal de manera condicionada se muestra que el 98.4% de las mujeres la recibe de forma calificada; el 83.2%, oportuna; el 79.9%, suficiente; y sólo el 71.5%, apropiada. Es decir, existe una disminución de 26.9 puntos porcentuales entre las mujeres que reciben atención prenatal básica y quienes según los estándares internacionales y nacionales.

El análisis de los datos de la ENSANUT 2012 mostró que los estados con la cobertura más baja en atención prenatal adecuada fueron Chiapas (44.2%), Puebla (57.9%) y Oaxaca (60.8%), en contraste con los seis de mayor cobertura: Guanajuato (81.6%), Jalisco (79.6%), Durango (79.2%), Colima (78.8%), Querétaro (78.2%). Y Ciudad de México (77.7%). Asimismo, la probabilidad de tener atención prenatal adecuada fue mayor en las mujeres con seguridad social (15.7 puntos porcentuales) y en las afiliadas al Seguro Popular (6.9 puntos porcentuales) que en aquellas sin seguridad social, mientras que las mujeres indígenas tuvieron menor atención adecuada (8.3 puntos porcentuales) que las mujeres no indígenas; y las mujeres en niveles socioeconómicos altos y con más años de educación tuvieron mayor atención adecuada (13.1 y 28.2 puntos porcentuales, respectivamente) comparada con las mujeres más pobres y sin escolaridad (41).

Emma Marie Swift. Kathrin Stoll, Melissa Avery y col. Rev. Méd. Elsevier. Julio 2021. Diseñaron e implementaron un nuevo modelo de atención, atención prenatal mejorada (EAC), que ofrece un enfoque combinado de atención dirigida por parteras con seis visitas individuales y cuatro sesiones grupales. Realizaron un ensaño controlado cuasi experimental que comparó 32 mujeres nulíparas que recibieron EAC (n=32) y atención prenatal habitual (n= 13 en la EAC y = 13 en la atención habitual). 60). Comparamos la satisfacción de las mujeres con la atención y la autonomía en la toma de decisiones post-intervención mediante la prueba de χ^2 . Este estudio es el primero en informar hallazgos sobre EAC y sugiere que este novedoso modelo puede ser beneficioso en términos de brindar educación y apoyo, así como también reducir el miedo al parto (42).

Jennifer Castañeda Paredes. Henry Santa-Cruz- Espinoza. En 2021. Realizaron un estudio retrospectivo sede Trujillo- Perú. De casos y controles con una muestra no probabilística por conveniencia de 180 adolescentes: 60 gestantes (casos) y 120 no gestantes (controles). La edad para ambos grupos comprendía entre los 12 y 19 años, con un promedio de 15.6 años y una DE igual a 1.94. La recolección de datos se realizó en un centro de salud de Trujillo, mediante el FACE-III y una ficha de datos sociodemográficos de confianza. Con resultados de exposición a violencia (OR: 5.82), Funcionalidad familiar (OR: 3.87), la edad del primer embarazo de la madre (OR: 4.07) y la situación sentimental de los padres (OR. 4.24) actuaron como factores de riesgo con un efecto moderado. Los controles eran estudiantes con nivel educativo de secundaria (43).

Aysenur Canli, Basak Demirtas. Enero 2022, realizo un estudio en ciento ochenta y tres mujeres embarazadas sanas que se atendieron el control prenatal en el Hospital Universitario de Ankara Turquía. Los resultados obtenidos fueron con una puntuación del inventario de apego prenatal (PAI), la puntuación de participantes fue de 67,74(DE=9,98). Los pacientes menores de 20 años obtuvieron la puntuación PAI media más baja de 57,20(DE=10,66). El nivel de apego disminuyó a medida que aumentó el número de embarazos ($p<0.05$) (44).

David Castellanos Hernández D, Borja-Velázquez M, Rosales-Ortiz S. enero 2023. Realizaron un ensayo clínico, aleatorio, no cegado, efectuado en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-obstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS, en pacientes de 18 a 35 años atendidas entre los meses de enero a marzo del 2023 con 30 o más semanas de embarazo, diagnóstico de anemia ferropénica, sin antecedentes de enfermedad crónico-degenerativa. Se estudiaron 32 pacientes: 16 con esquema continuo y 16 con intermitente. Ambos grupos con incremento de 1 g/dL entre la hemoglobina inicial y final ($p<0.01$), con una diferencia de medias entre el aumento de los grupos con $p=0.4$. Con disminución significativa de la epigastralgia y las náuseas. (45).

Verduzco-Dena SG, García-Ontiveros BE, Andrade-Torres AG, Haro-Acosta ME, Ayala-Figueroa RI. Septiembre 2023. Realizaron estudio de series de casos prolectivo y descriptivos efectuados en la Unidad de Medicina Familiar 16, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, entre los meses enero a junio 2022. Variables de estudio: edad, sexo, escolaridad, signos y síntomas de alarma a través de una encuesta elaborada conforme a los criterios de la guía de práctica clínica. Se estudiaron 150 pacientes embarazadas. El bajo nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma se observó en 15 casos, el nivel medio en 47 casos y el nivel alto en 88 casos (58.7%). Los límites de edad fueron 20 y 34 años, la escolaridad secundaria ocupó el 47.3% seguido de la preparatoria con el 35.3% y en cuanto a la ocupación el 80.7% refirió ser empleada. El 34% cursaba el primer trimestre del embarazo y el 48.7% el segundo trimestre (46).

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos encontrar a nivel mundial, nacional, estatal y local un sinnúmero de información, que podemos resumir sobre las muertes maternas, control prenatal, embarazo en adolescentes y de cómo demostrar que un buen control prenatal adecuado nos ayuda a mejorar todas las

acciones destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento de los múltiples factores que condicionan la morbilidad y mortalidad materna perinatal, posnatal.

En 2019, se estima que 21 millones de niñas de entre 15 y 19 años, en los países de ingresos medianos bajo se quedaron embarazadas. Se estima que 12 millones de estos embarazos dieron lugar a nacimientos en 2016. A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021.

México ocupa el primer lugar de embarazos en adolescentes, entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de acuerdo con el informe de UNFPA 25-septiembre 2023. En cuanto a la tasa de mortalidad materna en México, en la primera semana de abril 2023 se registraron 138 defunciones, mientras que para el mismo corte de 2022 se registraron 206 defunciones, lo cual representa una disminución de 68 defunciones (33.0%) en 2023 con respecto al 2022. Para el 8 de agosto del 2023 revela el informe semanal de vigilancia epidemiológica a la semana 31, se han registrado un total de 321 defunciones maternas de lo que va del año, lo que representa una disminución de las 77 defunciones en comparación el mismo año anterior cuando se registraron 398 defunciones.

Dentro de las principales causas que prevalecen como causa principal de defunción son: Hemorragias obstétrica (20.4%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y puerperio (20.2%), y Aborto (8.7%). Las Entidades con mayores defunciones maternas registradas son: Estado de México (67 defunciones), Chiapas (46 defunciones), Veracruz (45 defunciones), Jalisco (43 defunciones), Guerrero (40 defunciones).

Para prevenir y tratar las principales causas de este problema de salud, la OMS ha implementado el modelo para el cuidado prenatal adecuado sobre el cual se basa la guía de práctica clínica. La Guía de Práctica Clínica tiene el objetivo de propiciar una buena atención prenatal de forma integral, mediante la participación de un equipo multidisciplinario dentro de las unidades de medicina familiar, donde fomenta acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos-fetales, lo que condicionara la mejora en la efectividad, y en la calidad de la atención médica, aportando de esta manera al bienestar de mujeres con

producto de la gestación. Con una buena atención de calidad y calidez humanitaria en el control prenatal adecuado se logrará reducir de forma palpable la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El control prenatal tiene el potencial de reducir los índices de morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas. Desde sus inicios es el mejor método para el seguimiento del embarazo de una mujer, debido a que nos permite la detección temprana de múltiples factores de riesgo que pueden afectar tanto al bebé como a la madre.

Donde surgió la siguiente pregunta de investigación:

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la ocurrencia de apego a la Guía de Práctica Clínica con Enfoque de riesgo en la Unidad de Medicina Familiar N. 26 de Acapulco, Guerrero?

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 Contribución

Es bien sabido y del dominio público que un buen control prenatal disminuye los factores, índices de complicación materna- fetal durante el proceso del embarazo y por consecuente disminuyen la morbi- mortalidad de las mujeres embarazadas. La atención prenatal es un servicio de salud de uso frecuente que tiene el potencial de reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad perinatal, mediante el tratamiento de afecciones médicas, la identificación y reducción de riesgo potenciales y la ayuda de las mujeres a abordar los factores de comportamiento que contribuyen a los malos resultados.

3.2 Transcendencia

La muerte de una mujer por causas del embarazo, parto o puerperio es el reflejo del grado de desarrollo social, económico de un país, esto debido a que la Mujer juega un papel fundamental en la sociedad, la familia y en la comunidad. La muerte de esta se asocia con abandono infantil, con mayor riesgo de morirse el recién nacido que quedan en la orfandad, lo que conlleva a altos costos sanitario y del tejido social. Por ende, debe de ser motivo de

preocupación mundial, nacional, estatal, local, el hecho de que un alto porcentaje de muertes maternas y perinatales puedan ser evitadas en un 95% de los casos si se comienza a recibir atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo y continúan recibéndola durante todo el embarazo de acuerdo con los estándares.

3.3 Magnitud, Frecuencia, distribución

A nivel Mundial, Nacional, Estatal y Local; en México la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98.4%. Sin embargo, únicamente el 71.5% de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada, revela un artículo publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del mes de junio 2020.

El estudio, realizado por investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), también identifico que la brecha en la atención prenatal continúa afectando en mayor medida a las mujeres indígenas, de bajo nivel socio-económico, con menor escolaridad y sin seguridad social. Hoy en día la sociedad demanda cada día más servicios que incluyan calidad y calidez humana, que garanticen el mantenimiento o la recuperación de la salud enfocada a la salud materno fetal. Recordemos que la mortalidad materna es un problema de salud a nivel mundial, en México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos en adolescentes.

Existen a nivel nacional normas y recomendaciones sobre un buen control prenatal adecuado, así como sus beneficios. Sin embargo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 26 queremos conocer la prevalencia de apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal. Con este estudio tendremos el firme compromiso de aportar información detallada sobre el apego a la Guía de Práctica Clínica por el Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 26, y así detectar áreas para poder establecer medidas interventoras en la actualización académica para el personal médico, y ofrecer una mejor calidad de atención para el control prenatal y disminuir la morbi-mortalidad prenatal y postnatal.

Dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 26, no existen datos o evaluaciones en cuanto a la calidad de la atención materna, en especial sobre el apego y evaluación a la normatividad existen para el proceso del control prenatal.

3.4 Qué tan grande es el problema

El embarazo en las mujeres puede llegar a ser un problema de salud pública desde el punto de vista médico, social, económico. Donde contribuyen múltiples factores detonantes. Cuando ocurre un embarazo adolescente sus consecuencias abarcan aspectos físicos maternos, psicosociales, que interfieren en la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo.

3.5 Vulnerabilidad

Mujeres Adolescentes de 15 a 19 años de edad. El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas.

3.6 Factibilidad

Desde el año 2015 México cuenta con una estrategia nacional para la prevención de embarazos en adolescentes (ENAPEA), la cual tiene el firme objetivo de reducir el número de embarazos en Adolescentes en México, apegados a los derechos humanos, con los derechos sexuales y reproductivos.

En México, y desde nuestra perspectiva queremos contribuir a disminuir los embarazos en los adolescentes con acciones que han mostrado ser efectivas para reducirlos, con políticas de salud sexual y reproductiva a los programas educativos de las escuelas. Expandir y asegurar el acceso a centros de atención sexual y reproductiva para adolescentes, principalmente en entidades y municipios de alto riesgo. Potenciar el desarrollo socio-emocional y las habilidades técnicas de las y los adolescentes y jóvenes. Un buen control prenatal adecuado nos ayuda a mejorar todas las acciones destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento de los múltiples factores que condicionan la morbilidad y mortalidad materna perinatal, posnatal.

La Guía de Práctica Clínica tiene el objetivo de propiciar una buena atención prenatal de forma integral, mediante la participación de un equipo multidisciplinario dentro de las unidades de medicina familiar, donde fomenta acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos-fetales, lo que condicionara la mejora en la efectividad y en la calidad de la atención médica, aportando de esta manera al bienestar de mujeres con producto de la

gestación.

5. OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar el porcentaje de apego a la Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en la UMF N. 26. Lic. Carlos Gálvez Betancourt De Acapulco, Guerrero.

5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Evaluar la atención oportuna y prevención primaria partir de la primera consulta de control prenatal según se especifica en la cédula de evaluación.
- b) Estimar 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 hoja de control prenatal encontradas en el expediente clínico electrónico.
- c) Identificar si se realizó el tamizaje oportuno de patologías propias de la embarazada, de acuerdo con la edad gestacional según la cédula de evaluación.
- d) Consultar si se realizó la toma de Signos Vitales en cada consulta médica.
- e) Determinar si se ofertaron los métodos anticonceptivos seleccionados y solicitados de acuerdo con la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico.
- f) Verificar si se realizó la referencia a segundo nivel de atención de acuerdo con los criterios establecidos.

6.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

6.1 Verdadera

Existe un apego del 65%. A la guía de práctica clínica en los expedientes clínicos para el control prenatal.

6.2 Nula

Existe un apego del 35%, demostrado a la guía de práctica clínica en los expedientes para el control prenatal.

7.- MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Diseño de estudio

Por su temporalidad: Transversal.

Por el grado de control de la causa: Observacional.

Según recolección de datos: Retrospectivo.

Alcance: Descriptivo.

Enfoque: Cuantitativo.

7.2 Universo de trabajo

Toda mujer embarazada que acudió a recibir atención prenatal a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt" del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el periodo de enero a diciembre del 2023.

7.3 Periodo de estudio

Inició en abril a diciembre del 2024.

7.4 Grupos de estudios

(Características de los casos y testigos).

7.5 Criterios de selección:

Toda mujer embarazada que cursó su 3er trimestre del embarazo durante el año 2023.

Ser derechohabiente al IMSS.

7.6 Criterios de inclusión:

Expediente de pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal a partir enero a diciembre del 2023. Adscritas a la unidad de medicina familiar N.26, "Lic. Carlos Gálvez Betancourt", Acapulco, Gro.

7.7 Criterios de exclusión:

Expediente de pacientes embarazadas durante el periodo enero a diciembre 2023 que no concluyeron el 3er trimestre de embarazo.

Expedientes incompletos de mujeres embarazadas.

7.8 Criterios de eliminación

Aquellos que no tiene expediente clínico completo.

Tamaño de la muestra incluir la formula usada.

No se realizó cálculo de tamaño de muestra, se anotará el total del censo de embarazadas del periodo enero a diciembre 2023.

Censo de embarazos con un total de 309 pacientes.

7.9 Técnica de muestreo

El muestreo no probabilístico (se tomó del 100% de las mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal en el periodo establecido).

7.10 Variables

7.10.1 Variable dependiente

Apego a la guía de práctica clínica de control prenatal.

7.10.2 Variable independiente

Edad gestacional e inicio del control prenatal.

La segunda atención se otorgó entre 7-10 días con estudios prenatales. Prescripción de

ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC.

Prescripción de Hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb < 11mg/dl). Solicitud de prueba rápida de VIH.

Realización de 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. Toma de la tensión arterial en cada visita

La información sobre los signos y síntomas de los datos de alarma y como saber identificarlos para solicitar atención medica de forma inmediata.

La cita de para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente complicaciones obstétricas.

La educación para la salud por parte de Trabajo Social (estrategias educativas de promoción de la salud PREVENIMS).

El método anticonceptivo solicitado, de acuerdo con la valoración efectuada del riesgo reproductivo obstétrico.

La referencia oportuna a segundo nivel de atención de la mujer embarazada de acuerdo con criterios establecidos.

7.10.3 Covariables.

Promoción a la salud: con los envíos realizados a los diferentes servicios de atención en la UMF: Nutrición, Estomatología, Medicina Preventiva.

Se estadifico y se identificó el riesgo obstétrico con la hoja de control prenatal Edad de la paciente.

Estado civil. Escolaridad. Ocupación.

Número de consultas de control prenatal.

Antecedentes Gineco-obstétricos.

Se considera apego a la GPC adecuado cuando se cumpla 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.

7.11 Descripción general del estudio

Previo autorización del Comité local de Investigación 1102 del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Comité de Ética, se realizó estudio transversal, retrospectivo.

El objeto de estudio serán Mujeres embarazadas del área de consulta externa de la Unidad de medicina familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” del Instituto Mexicano del Seguro Social, el estudio se llevó a cabo durante los meses de junio 2023 a marzo del 2024. El estudio se llevó a cabo con una cédula de evaluación de apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal. La valoración para conocer el apego a la guía de práctica clínica se llevará con la evaluación del Expediente clínico electrónico en la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”. Se guardo en una base de datos la información obtenida para su custodia y posterior análisis.

7.12 Instrumentos: (cédula de evaluación)

Se aplicó una Cédula Única de Evaluación del Proceso y Calidad de Atención Materna Integral (CUEP). La cual fue realizada por constructo y en base a la mejor literatura actualizada disponible de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar. La Guía de Práctica Clínica es un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad en la atención médica. 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 de atención el cual consta de 14 preguntas. Las acciones son a través de tres puntos críticos: A. - oportunidad diagnóstica (prueba de inmunológica de embarazo. B. - continuidad de la atención prenatal. C. - apego al diagnóstico y tratamiento farmacológico de las infecciones urinarias (diagnóstico clínico, tratamiento establecido). De forma electrónica (6; 47).

Organización de datos:

Los datos obtenidos se integraron en una base de datos con el programa SPSS 21 para su análisis estadístico.

7.13 Análisis de datos (Propuesta de análisis estadístico)

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, se realizará la obtención de frecuencia simple de variable incluidas en el estudio de apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar N. 26. Con el proceso Mantel-Haenszel, nos permitirá estimar la razón de mios de frecuencia entre variables explicativas (independientes) y la variable resultado (dependiente), nos ofrece una prueba de significancia estadística (Chi cuadrada MH) y nos permito hacer un análisis multivariado donde el modelo inicial se incluyeron las variables que alcanzaron significancia estadística del análisis bivariado, eliminando una por una las que no tengan significancia estadística hasta quedar con el modelo final.

Para análisis bivariado del apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar N. 26 (variable independiente), incluidas en el estudio como potenciales factores de confusión con el procedimiento Mantel-Haenszel.

Anexo 7. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD

CARTA DE EXPLICACIÓN

El protocolo del que se realizará un estudio descriptivo, analítico, observacional y retrospectivo de donde se revisaron 309 expedientes electrónicos y se verificará si las acciones llevadas a cabo en el control prenatal con apego a las Guías de Práctica Clínica, posteriormente mediante la "Cedula De Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en base al Apego de la Guía de Práctica Clínica vigente en primer nivel, este estudio se llevará a cabo durante los meses de abril - diciembre del 2024, con previa autorización del director general de la Unidad "Medicina Familiar" N. 26. Lic. Carlos Gálvez Betancourt, a las cuales corresponden dichos expedientes. Por las características de este estudio no requiere de Carta de Consentimiento informado, por su naturaleza no intervencionista, siendo la unidad de estudio el expediente clínico. La información obtenida será confidencial y se salvaguardará.

para la integridad de los expedientes.

Dr. Arión Ureña Martínez
Investigador Responsable

Dr. Carlos Alberto González
Enseñanza Alumno

8.0 ASPECTOS ETICOS.

El presente estudio se adhirió a las consideraciones éticas y dentro del marco legal que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como las leyes que rigen al sistema de

salud:

Ley General de Salud, secretaria de salud y a la investigación para la salud. Como lo menciona el Artículo 3, Fracción III, la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a la prevención y control de los problemas de salud. La siguiente investigación se considera “Investigación con riesgo mínimo”, según el artículo 17, Fracción II. Por ser un estudio donde se aplicarán evaluación del expediente electrónico (expediente clínico), para evaluar el apego a la guía de práctica clínica para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar N. 26, con previa autorización del director general, mediante un consentimiento informado, según lo establece la Ley General de Salud en el capítulo 1, artículo 20,21 y 22. (48).

El presente estudio se llevó de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos como lo establece la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”. Creado en la Asamblea General 52”, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 y en base a lo establecido en la enmienda realizada en Tokio en 1975 el presente estudio será revisado por el comité local de investigación y bioética de la institución a la cual pertenece los investigadores responsables (49).

Este estudio también se apegó al Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y por lo tanto se evitará todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyan en el estudio, las cuales lo harán sólo si están física y mentalmente aptas (50).

De la misma forma, se abordó de acuerdo a lo establecido en el informe Belmont, el cual fue elaborado en 1978 por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical Research en Estados Unidos, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se integran en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es de beneficio para toda la sociedad en general (51).

La investigación se basa en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y al procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité local de investigación en salud y el

comité local de ética en investigación 2810-003-002 actualizado el 18 de octubre de 2018. (52)(50). Este estudio debe de ser revisado y aprobado por el Comité local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El presente estudio está apegado a la Ley general de salud, donde establece que a cada participante, se le explicaran los objetivos del estudio, la forma en que se llevará a cabo y que en ningún momento se pondrá en riesgo su salud e integridad física, mental ni moral, ya que el trabajo es calificado con riesgo mínimo, y los resultados obtenidos serán confidenciales, así como su previa autorización mediante la carta de consentimiento informado para adultos de acuerdo a la normativa institucional vigente.

9. RESULTADOS

Durante el periodo de enero a diciembre 2023, la Unidad de Medicina Familiar No. 26 recibió un total de 309 mujeres embarazadas, de ellas 286 concluyeron el control prenatal de manera satisfactoria. De estas mujeres embarazadas, se encontró que 23 no concluyeron el 3er trimestre de embarazo o tenían expedientes incompletos al momento de la recolección de la información, por lo que se eliminaron del estudio. Se incluyeron en total 286 expedientes de mujeres embarazadas.

9.1 Características generales de la población

Con el fin de conocer las características generales de la población, se utilizó estadística descriptiva, y al hacer el análisis se encontró que el 78.7% (225), de la población estudiada se encuentra en un rango de edad de 18 a 34 años; 88.5% (253) reportaron tener pareja; respecto a la ocupación se encontró que el 56.3% (161) son trabajadoras; 255 (89.3%), con nivel de escolaridad de bachillerato/licenciatura/posgrados; respecto al número de consulta, el 85.3% (244) asistió a 7 consultas o menos y solo el 14.7% (42) asistió a un total de 8 a 11 consultas durante su embarazo. Tabla 2.

Tabla 2. Características generales de la población.

Característica	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
	Con pareja	253	88.5
Estado civil	Sin pareja	33	11.5
Ocupación	Estudiante y Ama de casa	125	43.7
	Trabajadora	161	56.3
Escolaridad	Primaria/ Secundaria	31	10.8
	Bachillerato	255	89.2
	Licenciatura Posgrado		
Número de consultas	≤ 7 consultas	244	85.3
	8-11 consultas	42	14.7
Edad	<18 y >35	61	21.3
	18 – 34	225	78.7

El promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 28.5 años edad, donde la más joven tenía 17 años y la de mayor edad fue de 42 años; las pacientes asistieron en promedio a 5.2

consultas y tenían 2.3 gestas en promedio. Tabla 3.

Tabla 3. Características generales sobre el control prenatal de la población.

	N	Media	Mínimo	Máximo
Edad en años	286	28.57	17	42
Número de gestas	286	2.31	1	5
Número de consultas	286	5.2063	1.00	8.00
Número de ítems	286	8.8497	2.00	13.00

9.2 Apego a la Guía de practica clínica para el control prenatal con atención en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familia N.26.

Para evaluar el apego a la guía de práctica clínica, las pacientes fueron clasificadas en dos grupos: el primero grupo, definido como “no apego” contenía a quienes cumplieron de 0 a 10 de los 14 ítems que contiene la cédula de evaluación, equivalente a menos de 80%; el segundo grupo se definió como “apego” y se ingresaron a este grupo a las pacientes que cumplieron de 11 a 14 ítems, equivalente a más de 80%.

Primeramente se describe el cumplimiento de cada uno de los ítem. Los ítems que más se cumplieron fueron el ítem No. 9. Se realizó toma de tensión arterial en cada visita, con un 94.8% (271) y el ítem No. 3. Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb>11mg) con un 91.3% (261). Tabla 4.

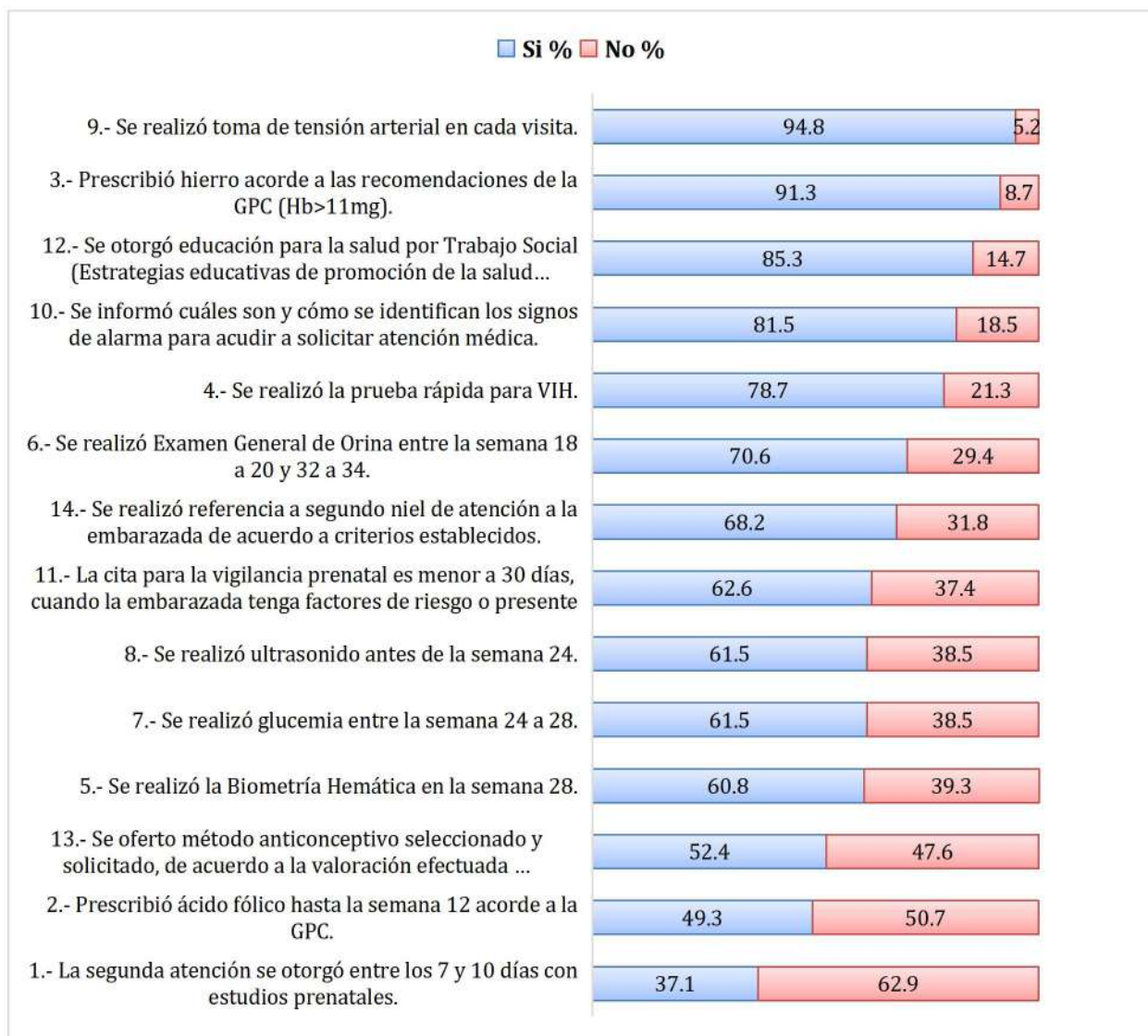
Tabla 4. Apego a la Guía de Práctica clínica de control prenatal.

ITEM	Si %(f)	No %(f)
1.- La segunda atención se otorgó entre los 7 y 10 días con estudios prenatales.	37.1 (106)	62.9 (180)
2.- Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC.	49.3 (141)	50.7 (145)
3.- Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb<11gr).	91.3 (261)	8.7 (25)
4.- Se realizó la prueba rápida para VIH.	78.7 (225)	21.3 (61)

5.- Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28.	60.8 (174)	39.3 (112)
6.- Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34.	70.6 (202)	29.4(84)
7.- Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28.	61.5 (176)	38.5 (110)
8.- Se realizó ultrasonido antes de la semana 24.	61.5 (176)	38.5 (110)
9.- Se realizó toma de Tensión arterial en casa visita.	94.8 (271)	5.2 (15)
10.- Se informó cuáles son y cómo se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica.	81.5 (233)	18.5 (53)
11.- La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación.	62.6 (179)	37.4 (107)
12.- Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS.	85.3 (244)	14.7 (42)
13.- Se oferto método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo con la valoración efectuada del riesgo reproductivo y Obstétrico.	52.4 (150)	47.6 (136)
14.- Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo con criterios establecidos.	68.2 (195)	31.8 (91)

La gráfica 1 muestra el porcentaje de cumplimiento de los ítems contemplados en la cédula de evaluación de la Guía de control prenatal. Se observa que el ítem que más se cumplió es; se realizó toma de tensión arterial en cada visita y el que menos se cumplió es la segunda atención se otorgó entre los 7 y 10 días con estudios prenatales con un 37.1%

Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento de cada uno de los ítems de la cédula de evaluación.



Se presenta a continuación los resultados de apego a la Guía con base en la cédula de evaluación de acuerdo con los objetivos planteados en el presente estudio de investigación.

El porcentaje de apego es de **31.1% (89)** y el de no apego es de **68.9% (197)**, Se hicieron pruebas de independencia, comparaciones de medias, no se encontró diferencia estadística entre los factores sociodemográficos y el apego.

De acuerdo con el primer objetivo, en donde se plantea evaluar la atención oportuna y

prevención primaria partir de la primera consulta de control prenatal según se especifica en la cédula de evaluación, se encontró que 91.3% (261) si prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC, Tabla 5.

Tabla 5. Evaluación de la atención oportuna y prevención primaria.

ITEM	Si %(f)
2.- Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC.	49.3 (141)
3.- Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb < 11 gr).	91.3 (261)
4.- Se realizó la prueba rápida para VIH.	78.7 (225)
5.- Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28.	60.8 (174)
6.- Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34.	70.6 (202)
10.- Se informo cuales son y como se identifican los signos de alarma para acudir a solicitar atención médica.	81.5 (233)
11.- La cita para la vigilancia prenatal es menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación.	62.6 (179)

Respecto a la evaluación de la realización de 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 hoja de control prenatal encontradas en el expediente clínico electrónico, se encontró que el 85.3% si ofertó algún método anticonceptivo. Tabla 6.

Tabla 6. Promoción de la salud de la mujer embarazada.

ITEM	Si %(f)
12.- Se otorgó educación para la salud por Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS.	85.3 (244)

Identificar si se realizó el tamizaje oportuno de patologías propias de la embarazada, de acuerdo con la edad gestacional según la cédula de evaluación, se encontró que 61.5% si realizó glucemia y ultrasonido. Tabla 7.

Tabla 7. Cumplimiento del tamizaje oportuno.

ITEM	Si %(f)
1.- La segunda atención se otorgó entre los 7 y 10 días con estudios prenatales.	37.1% (106)
7.- Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28.	61.5% (176)
8.- Se realizó ultrasonido antes de la semana 24.	61.5% (176)

Consultar si se realizó la toma de signos vitales en cada consulta médica, 94.8% realizó toma de tensión arterial en cada visita. Tabla 8.

Tabla 8. Se realizó toma de signos vitales.

ITEM	Si %(f)
9.- Se realizó toma de tensión arterial en casa visita.	94.8% (271)

Determinar si se ofertaron los métodos anticonceptivos seleccionados y solicitados de acuerdo con la valoración efectuada del riesgo reproductivo y obstétrico, 52.4% si se le ofertó un método anticonceptivo de acuerdo con la GPC. Tabla 9.

Tabla 9. Se ofertaron los métodos anticonceptivos.

ITEM	Si %(f)
13.- Se oferto método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo con la valoración efectuada del riesgo reproductivo y Obstétrico.	52.4% (150)

En la tabla 10 se observa que el 68.2% de las pacientes se les realizo su referencia a segundo nivel de atención de acuerdo a criterios. Tabla 10.

Tabla 10. Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos.

ITEM	Si %(f)
14.- Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos.	68.2% (195)

Se realizaron pruebas de independencia con el objetivo de evaluar los factores que influyen en el cumplimiento de apego a control prenatal.

Tabla 11. Factores que contribuyen en el cumplimiento de control prenatal con apego a la Guía.

Característica		Apego		Valor P
		Si (11-14)	No (0-10)	
Edad	18-34 años	83.1% (74)	76.6% (151)	0.275
	<18, ≥35	16.9% (15)	23.4% (46)	
Escolaridad	Ninguna. Primaria, secundaria.	6.7% (6)	12.7% (25)	0.154
	Bachillerato, Licenciatura, posgrado	93.3% (83)	87.3% (172)	
Estado civil	Sin pareja	12.4% (11)	11.2% (22)	0.842
	Con pareja	87.6% (78)	88.8% (175)	
Ocupación	Estudiante/ama de casa	42.7% (38)	44.2% (87)	0.898
	Trabajadora	57.3% (51)	55.8% (110)	
Número de consultas	< = 7 consultas	87.6% (78)	84.3% (166)	0.479
	8-11 consultas	12.4% (11)	15.7% (31)	
Número de gestas	≥4 gestas	23.6% (21)	31.5% (62)	0.174
	2-3 gestas	76.4% (68)	68.5% (135)	

Se realizaron también comparaciones de medias entre los dos grupos mediante la prueba *t* de Student. No se encontró diferencia significativa entre los dos grupos. Tabla 12.

Tabla 12. Comparación de medias entre los grupos de apego y no apego.

		N	Media	Mínimo	Máximo	Valor P
Edad en años	Apego	89	28.09	17	37	0.275
	No apego	197	28.79	17	42	
Número de gestas	Apego	89	2.31	1	5	0.174
	No apego	197	2.37	1	5	
Número de consultas	Apego	89	5.3	1	8	0.479
	No apego	197	5.1	1	8	

Se realizaron pruebas de independencia, χ^2 de Pearson con las variables cualitativas y comparaciones de medias con la prueba t de Student para evaluar los factores que influyen en el mejor apego a la guía. No se encontró significancia estadística, sin embargo, se logró tener el perfil de la paciente con mejor apego a la guía.

Cálculo de Odds Ratio.

Se realizó cálculo de Odds Ratio e intervalo de confianza en el cual no se encontró significancia estadística.

Tabla 12. Cálculo de Odds Ratio e intervalo de confianza.

Característica		N	Odd Ratio	IC	
				Límite inferior	Límite superior
Edad	<18, ≥35	286	1.503	0.788	2.867
	18-34 años				
Escolaridad	Ninguna. Primaria, secundaria.	286	2.011	0.794	5.090
	Bachillerato, Licenciatura, posgrado				
Estado civil	Sin pareja	286	0.891	0.412	1.928
	Con pareja				
Ocupación	Estudiante/a ma de casa	286	1.061	0.640	1.760
	Trabajadora				

Perfil de la paciente con mejor apego

Derivado del análisis de los factores que influyen en el apego se encontró que el perfil de la paciente con mejor apego, son aquellas mujeres embarazadas de 18-34 años de edad, que viven en pareja, trabajadora, con un nivel académico de bachillerato o licenciatura, y con un número de consultas menor a 7 consultas. (Tabla 11)

10. DISCUSIÓN

Poco se ha escrito y publicado respecto al control prenatal, particularmente con apego a la Guía de Práctica Clínica con atención centrada en la paciente. La investigación presente, reporta que las características sociodemográficas de las participantes son en su mayoría con pareja, 88.5% (253), de ocupación trabajadora con un 56.3%, escolaridad bachillerato y licenciatura, y con edad de 18 a 34 en su mayoría 78.7%. Estos resultados son similares con los reportados por Carpio-Deheza y colaboradores, quienes encontraron que su población de estudio presenta escolaridad media, con vivienda en una zona urbana marginal. Estos datos son también factores de riesgo que influyen en escaso apego al control prenatal (30).

En el presente estudio, las participantes tenían en su mayoría entre 18 y 34 años de edad, estos resultados difieren de los reportados por otros autores. Por ejemplo, Cueva y colaboradores reportaron que la mayoría de las participantes tenían entre 16 y 17 años (21), de igual forma, Álvarez y colaboradores también reportaron que la mayoría de las participantes eran adolescentes, además de tener mejor apego (53). A la inversa, Carpio y colaboradores también reportaron mayor participación de pacientes con edad de 16 a 18 años, sin embargo, los autores reportan menor apego al control prenatal en este grupo de edad (30). Por otro lado, Fernando Althabe y colaboradores, en su estudio multicéntrico realizado reportaron mayor participación y menor apego en adolescentes menores de 19 años, y la mayoría de ellas de países de ingresos bajos o medianos, entre ellos México. Lo que podría indicar que el nivel socioeconómico bajo está relacionado con el embarazo temprano y junto con ello, el poco apego al control prenatal.

De manera específica, y tomado la edad como uno de los principales factores que están relacionados con el apego al control prenatal, el estudio presente, realizado en pacientes que asistieron a la Clínica No. 16 de IMSS se encontró que 32.2% (89) tenían entre 11 y 14 ítem cumplidos, es decir tienen un buen apego a lo establecido en la Guía de práctica clínica sobre el control prenatal. Este resultado es un más alto que reportado por Álvarez y colaboradores, quienes reportaron un apego de 46.8% de cumplimiento de la GPC, esta diferencia puede deberse a que ese estudio fue realizado en adolescentes embarazadas, mientras que, en el presente, se realizó en población mayor de edad (53).

El apego al control prenatal es fundamental, ya que la literatura reporta que un mal apego

está directamente relacionado con la mortalidad materna y perinatal, tal como lo refiere Medina y colaboradores, quienes reportaron altas tasas de mortalidad materna justamente en mujeres jóvenes con escaso o nulo control prenatal (32). De igual forma, el poco apego, también afecta directamente la tasa de mortalidad neonatal. Ramos y colaboradores reportan una mortalidad de 21.9% en de recién nacidos hijos de madres adolescentes que no tuvieron un adecuado control prenatal.

11. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se identificaron las características de las pacientes con mejor apego, aun cuando no se encontró diferencia significativa en las pruebas estadísticas se identificó que las mujeres con mejor apego al control prenatal de acuerdo con la GPC, son aquellas mujeres embarazadas de 18-34 años de edad, que viven en pareja, trabajadora, con un nivel académico de bachillerato o licenciatura, y con un número de consultas < a 7 consultas. Se encontró que el **31.1% (89) tienen un buen apego y el 68.9% (197) no apego** es de las participantes que tienen un 80% de no apego.

Se encontró también que, las mayores restricciones y limitaciones para la implementación de las guías son las poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Es probable que debido que por esta razón no se haya encontrado asociación en este estudio.

La correcta atención médica es fundamental durante el embarazo con el fin de detectar y prevenir complicaciones de forma pronta y oportuna. El uso de la Guía de Práctica Clínica centrada en la paciente aporta información que permite llevar un adecuado control prenatal que deriva en un embarazo sin complicaciones.

Es fundamental el apoyo para la implementación del uso de las guías de práctica clínica como estrategia para la equidad en la atención y mejora de los resultados en el control prenatal y con ello en el resultado del embarazo sin complicaciones.

Trabajos futuros:

Se sugiere continuar el monitoreo del control prenatal con apego a la GPC hasta incrementar tamaño muestra y poder tener mejores resultados estadísticos que identifiquen los factores que influyen en el mejor apego al control prenatal.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. [En línea] 10 de 04 de 2024. [Citado el: 25 de 01 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Organización de las Naciones Unidas. [En línea] 5 de 07 de 2022. [Citado el: 25 de 01 de 2025.]
3. Merino, Álvaro . El mapa de la maternidad adolescente en el mundo. [En línea] 2021 de 03 de 28. [Citado el: 25 de 01 de 2025.] <https://elordenmundial.com/mapas/edad-madres-primer-hijo..>
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4to.
5. Diario Oficial de la Federación . NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. 07 de 04 de 2016.
6. Control Prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México : IMSS.
7. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [En línea] 2018. [Citado el: 25 de 01 de 2025.] <http://www.clap.ops.oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
8. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario del Cáncer. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [En línea] 02 de 02 de 2011. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo..>
9. Consulta preconcepcional en atención primaria. Sánchez Ruiz, J C, y otros. 9, 10 de 2005, SEMERGEN Medicina Familiar, Vol. 31, págs. 413-417.
10. Control prenatal. Aguilera, Susana y Soothill, Peter. 6, 2014, Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 25.
11. Metilación del ADN: un fenómeno epigenético de importancia médica. Rodríguez Dorantes, Mauricio, y otros. 1, México : s.n., Febrero de 2004, Revista de Investigación Clínica, Vol. 56, págs. 56-71.
12. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. Middleton, Philippa, y otros. 15 de

Noviembre de 2018, Cochrane Database of Systematic reviews.

13. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. Aguirre, Viviana. 3, Septiembre de 2007, Revista Chilena de Enfermedades respiratorias, Vol. 23.

14. Embarazo de alto riesgo. Donoso Bernal, Bernardita y Oyarzún Ebensperger, Enrique. 1 de Junio de 2012, Revista Médica Revisada por pares.

15. UNFPA. UNFPA México. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. [En línea] 06 de Agosto de 2020. <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico..>

16. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. Ortiz Ramos, Valeria Antuanne, y otros. 2, 2024, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. 84, págs. 155-167.

17. An evaluation of the quality, suitability and impact on equity of clinical practice guidelines relevant to preterm birth for use in Aotearoa New Zealand. de zarzas, Cazador, y otros. 234, 2024, BMC Pregnancy and Childbirth, Vol. 24.

18. Instituto Mexicano del Seguro Social . Guías de Práctica Clínica. Gobierno de México . [En línea] 23 de 09 de 2020. [Citado el: 25 de 01 de 2025.] <https://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>.

19. Guía clínica para la atención prenatal. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2003, Revista Médica del IMSS, Vol. 41. Suplemento 1.

20. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Bronfman Pertzovsky, Mario Norberto y López Moreno, Sergio. 6, 2003, Salud Pública de México, Vol. 45.

21. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Cueva, A V, Olvera, G JF y Chumacera, L RM. 3, 2005, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 43, págs. 267-271.

22. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. Vasquez López, E, y otros. 2, 2005, Archivos en Medicina Familiar, Vol. 7, págs. 57-60.

23. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. Heaman, M I, y otros. 15, 2008, BMC Pregnancy and Childbirth.
24. Etiología de la mortalidad perinatal. Valdez González, Rogelio, Meza Valdés, Rocio y Núñez Cruz, Jaime. 1, 2009, Perinatología y Reproducción Humana, Vol. 23.
25. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Soni Trinidad, C, y otros. 2, 2015, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 83, págs. 96-103.
26. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Panduro Barón, Guadalupe, Jiménez Castellanos, Priscila Magaly y Perez Molina, Jesús . 11, 2012, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 80, págs. 694-704.
27. Efecto de las barrera de acceso sobre la asistencia a citas de programas de control prenatal y desenlaces perinatales. Rodríguez Páez, Fredy , Jiménez Barbosa, Wilson Giovanni y Jimenez Córdoba, Cindi Alejandra. 27, 2014, Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 13, pág. 206.
28. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Say, Lale, y otros. 6, 2014, The Lancet, Vol. 2, págs. E323-E333.
29. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Gonzaga Soriano, María Rode, y otros. 1, 2014, Salud Pública de México, Vol. 56, págs. 32-39.
30. Análisis clínico-epidemiológico sobre factores de riesgo en adolescentes con embarazo a término. Carpio Deheza, Gonzalo y Vargas Vega, Ana Lía. 1, 2015, Revista Médico Científica Luz y Vida, Vol. 6, págs. 21-25.
31. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. Althabe, Fernando , y otros. 2015, Reproductive Health, Vol. 12, pág. S8. Suppl2.
32. Principales causas de mortalidad materna en Mexicali, Baja California. Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y retroactivo para conocer las causas de mortalidad materna. Medina Ramirez , María Concepción Rosa, y otros. 11, 2015, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 83.
33. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco,

- México: estudio cualitativo. Mejía Mendoza, Martha Leticia, y otros. 4, 2015, Vol. 66.
34. García Hernández, Yoselin Estefani, García Lievano, Carla Fernanda y Guerra Guerra, Darlyn Adriana. Factores de riesgo maternos presentes en partos prematuros de adolescentes embarazadas en la región latinoamericana en el periodo comprendido del 2015 a 2020. El Salvador : s.n., 2022.
35. Registros médicos y apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención prenatal. Paz Ramos, Mary Amor, y otros. 6, 2017, Medicina General Familiar, Vol. 6.
36. Differences in Prenatal Care by Presence and Type of Maternal Disability. Horner Johnson, Willi, y otros. 3, 2019, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 56, págs. 376-382.
37. Embarazo en la adolescencia y factores de riesgo cardiovascular. Ley Vega, Lisset, y otros. 2, 2019, Acta Médica del Centro, Vol. 13.
38. Factores para un embarazo de riesgo. Sánchez Gaitan, Esteban. 9, 01 de Septiembre de 2019, Revista Médica Sinergia, Vol. 4, pág. e319.
39. Atención Prenatal en Grupo en México: perspectivas y experiencias del personal de salud. Ibañez Cuevas, Midiam, y otros. 140, 2020, Revista de Salud Publica, Vol. 54.
40. Salud familiar y nivel glucémico en mujeres durante el segundo y tercer trimestre de embarazo. Martínez Gómez, Lourdes, Guerrero Morales, Ana Laura y Herrera Olvera, Imer Guillermo. 4, 2020, Atención Familiar, Vol. 27, págs. 203-207.
41. Instituto Nacional de Salud Pública. Estudio de investigadores del CISS/INSP muestra el estado de la atención prenatal en México. [En línea] 26 de Agosto de 2020. [Citado el: 25 de Enero de 2025.] <https://www.insp.mx/avisos/4115-atencion-prenatal-mexico.html>.
42. Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. 4, 2021, Women and Birth, Vol. 34, págs. 381-388.
43. Factores de riesgo relacionaos al embarazo en adolescentes. Castañeda Paredes, Jennifer y Santa Cruz Espinoza, Henry. 2021.
44. Prenatal Attachment and the Relationship With Body Self-Perception. Canli, Aysenur y Demirtas, Basak. 1, 2022, JOGNN Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families,

& Newborns, Vol. 51.

45. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018.

46. Anemia ferropénica en el embarazo: esquema de sulfato ferroso intermitente en comparación con el continuo. Castellanos Hernández, David, Borja Velázquez, Miriam y Rosales Ortiz, Sergio. 1, 2024, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 92, págs. 1-7.

47. Descripción del nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas. Verduzco Dena, Sarahi Guadalupe, y otros. 9, 01 de Septiembre de 2023, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 91, págs. 637-644.

48. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Febrero de 2010.

49. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association. 20, 27 de Noviembre de 2013, JAMA, Vol. 310, págs. 2191-2194.

50. Thebmj. Nuremberg. Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. [En línea] 07 de Diciembre de 1996. [Citado el: 25 de Enero de 2025.]

51. U.S. Department of Health and Human Services. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. [En línea] [Citado el: 25 de Enero de 2025.] <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>.

52. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 04 de Enero de 2013.

53. Evaluación del apego a la Guía de Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán México. Álvarez Huante, Yiselín V, y otros. 3, 2017, Atención Familiar, Vol. 24, págs. 107-111.

54. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo.

ANEXOS.

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización	Escala y códigos que se captan
Variable dependiente				
Apego a la GPC de control	Cuantitativa, continua	Porcentaje de cumplimiento según la Cédula Única de Evaluación del proceso de atención integral para el primer nivel de atención	El cálculo del 80% o más del cumplimiento, tomando el 10% al cumplir con los 10 rubros para el primer nivel de atención según la CUEP	10,20, 30, 40,50, 60, 70, 80,90 y 100 %

Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización	Escala y códigos que se captan
Variable independiente				
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos	Años cumplidos
Estado civil	Cualitativa	Condición de una persona según el registro civil en función de que si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Situación determinada por sus relaciones.	Soltera. Casada. Unión libre. Divorciada.
ocupación	Cualitativa	Oficio o profesión de una persona.	La ocupación del paciente.	Ama de casa. Empleada de alguna dependencia.
Escolaridad	Cuantitativa	Periodo medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Nivel educativo alcanzado	Ninguna. Primaria. Secundaria. Bachillerato. Licenciatura. Posgrado.

Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización	Escala y códigos que
----------	------	----------	--------------------	----------------------

				se captan
Variable independiente				
Número de consultas del control prenatal.	Cualitativa ordinaria.	Asistencias al control prenatal médico que realiza una paciente embarazada	Ocasiones que acude a consultas desde la primera consulta de control prenatal hasta la última registrada en el expediente.	Total de consultas de control prenatal.
Antecedentes Gineco obstétricos	Cualitativa discreta	Recopilación de información sobre salud reproductiva de una mujer.	Estos antecedentes incluyen, información sobre periodos menstruales, el uso de anticonceptivos, número de embarazos, la lactancia materna.	Número de gestación. Embarazos ectópicos. Uso de anticonceptivos. Tiempo de lactancia materna exclusiva.
Factores de riesgo obstétrico	Cualitativa	Es una condición médica obstétrica o sociodemográfica que, en una mujer gestante puede ocasionar un aumento en la morbilidad que repercute a nivel materno-fetal con respecto al resto de la población. Probabilidad que se presente alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.	Factores de Riesgo: Alto: Tener al menos algún factor de Riesgo preconcepcional Bajo: No contar con ningún factor de riesgo preconcepcional Factores de riesgo preconcepcional:	Bajo: sociodemográfico. Raza. Medio: Antecedentes perinatales no graves de causa conocida. Alto: factores de riesgo reproductivo

Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización	Escala y códigos que se captan
Variable independiente				
Signos vitales en cada consulta	Cualitativa dicotómica	Presión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Frecuencia cardíaca fetal.	Toma de presión arterial en cada consulta de control prenatal Otros: Frecuencia cardíaca, Frecuencia cardíaca fetal (FCF). Peso, talla, IMC, Fondo uterino, Glicemia capilar.	Si. Escuchar el ritmo de la frecuencia cardíaca fetal para evaluar el bienestar del feto. No. Riesgo de pérdida del bienestar fetal. Descontrol metabólico.
Datos de alarma obstétrico	Cuantitativa	Conjunto de síntomas y síntomas que ponen en peligro la integridad y la salud de la embarazada y su producto.	Cefalea, acúfenos, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, náuseas, vómito, vértigo, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido transvaginal.	Sí. No

Variable	Tipo	Concepto	Operacionalización	Escala y códigos que se captan
Variable independiente				

Cita prioritaria en caso de factores de riesgo y complicaciones	Cualitativa	Aquella embarazada que cumpla con definición de riesgo obstétrico y se cita en menos de 30 días.	Menor a 30 días. Con cita abierta a urgencias y vigilancia de los datos de alarma.	Si No
Exámenes de Laboratorio y gabinete	Cualitativa nominal	Procedimiento químico, médico en el que se analiza una muestra de algún líquido corporal, o directamente al paciente	Exámenes de laboratorio y/o gabinete en primero, segundo y 3er trimestre.	Si cumplió. No cumplió.
Tiempo de gestación	Cualitativa continua	Tiempo medido a partir del primer día del último período menstrual normal	Edad gestacional expresada en el expediente clínico	Semanas de Gestación del embarazo.
Tratamiento farmacológico	Cualitativa dicotómica.	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal	Ingesta de Ácido fólico de 400mc o 5 mg durante el primer trimestre de gestación. ingesta de hierro elemental 30 y 60 mg vía oral al día o 300 mg de sulfato ferroso.	Si No
Promoción a la salud	Cualitativa nominal dicotómica.	A la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población	Educación a la salud	Si No
Método anticonceptivo	Cualitativa nominal.	Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva	Revisión del expediente clínico	Si No
Referencia a segundo nivel de atención	Cualitativa nominal.	Establecimiento de Salud responsable de satisfacer las necesidades de salud través de una atención integral.	Gineco- bstétrica, Endocrinología Neurología, Nefrología	Si No

Anexo 2. Recursos humanos.

Concepto	Cantidad	Horas por seman a	Costo- hora (pesos)	Costo total- seman a (pesos)	Semanas	Costo total (pesos)
Investigador responsable	1	15	00.00	00.00	48	00.00
Encuestador					28	

Anexo 5. Carta de no inconveniente firmada por el director

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
---	--

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal de Guerrero.
Unidad de Medicina Familiar N.26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt"
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.
Asunto: Carta de No inconveniente.

Acapulco, Guerrero a 12 de Febrero del 2024.


Dr. Salomón García Andraca
Presidente del Comité de Investigación en Salud 1102.

PRESENTE

Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que la Unidad de Medicina Familiar N.26 se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva por título "**Apego en la Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal con Atención Centrada en las Mujeres Embarazadas con los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar en la UMF No. 26, " Lic. Carlos Gálvez Betancourt"**". El protocolo está dirigido por el Dr. Arioth Ureña Martínez, investigador responsable adscrito a la coordinación Clínica de Salud en el Trabajo, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se otorga el permiso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos: cedula de evaluación para el control prenatal con atención centrada en la paciente y revisión de los expediente médico electrónico que cumplan con los criterios de selección, con el fin de estimar el apego a la guía de práctica clínica a través de estadísticas descriptivas, prueba no paramétrica y análisis bivariado.

Se solicita los resultados de la investigación al cuerpo de gobierno de esta unidad al término de la misma.

Atentamente
Dr. José Iván Fuentes Marín
DIRECTOR
Matricula: 99121579
Ced. Prof. 6494645

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

Dr. José Iván Fuentes Marín
Director de la Unidad de Medicina Familiar No.26
OOAD Estatal Guerrero.

Anexo 6. Cédula de evaluación



3.1 CÉDULA DE EVALUACIÓN.

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											
2	Prescribió ácido fólico hasta la semana 12 acorde a la GPC											
3	Prescribió hierro acorde a las recomendaciones de la GPC (Hb<11mg)											
4	Se realizó la prueba rápida para VIH											
5	Se realizó la Biometría Hemática en la semana 28											
6	Se realizó Examen General de Orina entre la semana 18 a 20 y 32 a 34											
7	Se realizó glucemia entre la semana 24 a 28											
8	Se realizó ultrasonido antes de la semana 24											
9	Se realizó la toma de tensión arterial en cada visita											
10	Se informó cuáles son y cómo 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 Trabajo Social (Estrategias educativas de promoción de la salud JuvenIMSS, Ella y Él con PREVENIMSS)											
13	Se ofertó el método anticonceptivo seleccionado y solicitado, de acuerdo a la valoración efectuada del riesgo reproductivo y Obstétrico											
14	Se realizó referencia a segundo nivel de atención a la embarazada de acuerdo a criterios establecidos											
Total, de recomendaciones cumplidas (1)												
Total, de recomendaciones no cumplidas (0)												
Total, de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)												
Total, de recomendaciones que aplican al caso valuado												
Porcentaje de recomendaciones cumplidas		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios Evaluados		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI