



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
“DR IGNACIO CHAVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

***ATENCIÓN INTEGRAL DEL CONTROL PRENATAL EN LA ADOLESCENTE
ADSCRITA A LA UMF No 80***

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
YISELIN VIRIDIANA ALVAREZ HUANTE

DIRECTOR DE TESIS: DRA PAULA CHACÓN VALLADARES
MEDICO ESPECIALISTA MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR
Adscripción a Unidad de Medicina Familiar no 80, Morelia, Michoacán

CO- ASESOR ESTADISTICO: MAT CARLOS GOMEZ ALONSO
ANALISTA COORDINADOR “A”
Adscripción a Centro de investigación biomédica de Michoacán (CIBIMI)

MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. FEBRERO DE 2017



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Delegación Regional en Michoacán

Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Alvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dr. Jorge Lenin Pérez Molina

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Dr. Daniel Feliciano Zalapa Martínez

Jefe de la división de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Dr. Alain Raimundo Rodríguez Orozco

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco al Instituto Mexicano Del Seguro Social, por abrirme sus puertas y aceptarme para realizar esta hermosa especialidad. El ser parte de esta H. Institución me ha formado intelectual y humanamente para dar una mejor atención médica.

Agradezco también a mi Asesora de Tesis la Dra. Paula Chacón Valladares por brindarme la oportunidad de acudir a su capacidad y conocimiento científico, así como su paciencia, consejos y tiempo para guiarme durante el proceso y elaboración de esta tesis.

En mis agradecimientos también se encuentra el Matemático Carlos Gómez, por su apoyo y paciencia, con la orientación y desarrollo de la estadística.

Y para finalizar, también agradezco al Dr. Gerardo Muñoz; por revisar y orientar los detalles de esta tesis, a mis compañeras de la especialidad; que llegaron a mostrar compañerismo, amistad y apoyo moral en estos años.

DEDICATORIA

A Dios, por estar viva y concluir esta etapa.

A mi familia, por su apoyo incondicional durante todo el proceso. A mi madre, si no fuera por ti no estaría aquí, las palabras sobran. A mi padre, un ejemplo de esfuerzo y tenacidad. A mi abuela por su amor y cocinar esperando todos los días por mí. A mi hermano por su paciencia y conocimiento tecnológico, espero ser siempre un buen ejemplo para ti.

A mi esposo, en el mundo hay muchas clases de personas, pero ninguna como mi esposo, paciencia y apoyo día a día, durante estos años fueron indispensables para llegar a la meta. Gracias por tu amor, siempre será reciproco.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT	2
III.	ABREVIATURAS	3
IV.	GLOSARIO	4
V.	RELACION TABLAS Y FIGURAS	6
VI.	INTRODUCCION	7
VII.	MARCO TEORICO	8
VIII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IX.	JUSTIFICACION	16
X.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	18
XI.	MATERIAL Y MÉTODOS	19
XII.	RESULTADOS	33
XIII.	DISCUSION	41
XIV.	CONCLUSIONES	44
XV.	PERSPECTIVAS	45
XVI.	RECOMENDACIONES	46
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
XVIII.	ANEXOS	51

I. RESUMEN

ATENCIÓN INTEGRAL DEL CONTROL PRENATAL EN LA ADOLESCENTE ADSCRITA A LA UMF NO 80

Alvarez H.Y UMF 80, Chacón V. P UMF 80. Gómez A.C CIBIMI

Introducción: El embarazo en las adolescentes continuas en alza, y el riesgo de morbi-mortalidad es más elevado cuanto más joven sea la madre, debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, la mayoría de las causas son prevenibles. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son recomendaciones para ayudar a los clínicos en el proceso de la toma de decisiones mejorando la calidad en la atención. No existen estudios que exploren el adiestramiento del médico de primer nivel de atención en relación a la atención integral de control prenatal en adolescentes. **Objetivo General:**

Determinar si la atención integral en la adolescente embarazada adscrita a la UMF No 80 es adecuada.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, efectuó en UMF 80 Morelia, Michoacán; de Enero del 2014 - 2015, se evaluaron expedientes electrónicos. Se usó la cédula única de evaluación del proceso de atención materna integral para atención primaria, criterios seleccionados de la GPC de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo(vigilancia prenatal, factores que intervienen en vigilancia prenatal, diagnóstico y tratamiento en las infecciones genitourinarias, evaluación de atención). **Resultados:** evaluación de la atención integral de la adolescente embarazada es de 69.19%.

Frecuencia por edad 39.1% en los 19 años; 27.2 % de 17 años, 13% de 16 años, y el 9.8% de 15 años. El 50% de las pacientes no trabaja o estudia, 38% se encuentra estudiando y el 12% trabaja. Frecuencia de gesta, 79.3% nulíparas, parto previo el 9.8%, aborto de 7.6% y cesárea con 3.3 %. El 18.1% se realizó la prueba inmunológica de embarazo, confirmación de módulo de vigilancia prenatal es 79.8%. La continuidad de la vigilancia prenatal; embarazadas remisas integradas a atención médica, otorgar cita prioritaria a las mismas, así como él envió al módulo de EMI en el 48.9%, 88.3% y 36.2% respectivamente. La identificación oportuna de infecciones genitourinarias 58% de las embarazadas y tratamiento 45.7 %.

Conclusión: No existe adherencia adecuada en la práctica clínica por parte de los médicos que llevan el control prenatal. Se desconoce si es omisión o desconocimiento de los criterios que deben aplicarse, por lo que la difusión de la GPC puede ser una estrategia adecuada.

Palabras clave: Control Prenatal, Guía Práctica Clínica, atención integral, adolescentes, embarazo.

II. ABSTRACT

INTEGRAL CARE OF PRENATAL CONTROL ON TEEN ATTACHED TO THE UMF NO 80

Alvarez H.Y UMF 80, Chacón V. P UMF 80. Gómez A.C CIBIMI

Introduction: Pregnancy in adolescents continued to rise, and the risk of morbidity and mortality is higher the younger the mother, due to complications during pregnancy, childbirth and postpartum, most of the causes are preventable. Clinical Practice Guidelines (CPG) are recommendations to help clinicians and patients in the process of decision making to improve the quality of medical care. There are no studies that explore the training of physician primary care in relation to comprehensive prenatal care in adolescents. **General Objective:** Determinate if the integral attention in pregnant adolescent attached to the UMF 80. **Material and Methods:** observational, retrospective, cross-sectional study, carried out in the FMU 80 Morelia, Michoacán; January 2014 to January 2015, medical records were evaluated. For prenatal monitoring, factors in the prenatal monitoring: the only certificate of comprehensive assessment of maternal care process for primary care that takes selected criteria GPC Prenatal Risk Approach Control with 20 items divided into the following indicators will be used, diagnosis and treatment of genitourinary infections, evaluation of care. **Results:** The evaluation of comprehensive care of the pregnant adolescent corresponds to 69.19% The frequency by age was of 39.1% in the 19 years; 27.2% of 17 years, 13% corresponds to the age of 16 years, 9.8% of 15 years. 50% of the patients do not work or study, 38% are studying and 12% work. By frequency of gestation, 79.3% corresponds to nulliparous patients, a previous delivery in 9.8%, abortion of 7.6% and cesarean section with 3.3%. The 18.1% immunological pregnancy test was performed, the confirmation of prenatal surveillance module is 79.8%. The continuity of prenatal surveillance was qualified with the items of remiss pregnant women integrated into medical care, giving priority appointment to them, as he sent the EMI module in 48.9%, 88.3% and 36.2% respectively. The timely identification of genitourinary infections was only performed in 58% of pregnant women, and adequate treatment was performed in 45.7%. **Conclusion:** There is no adequate adherence in clinical practice by physicians who carry prenatal care. It is not known if it is an omission or ignorance of the criteria to be applied, so that the dissemination of CPG may be an appropriate strateg. **keywords:** Addiction, Prenatal Care, Clinical Practice Guide prenatal care, integral care.

III. ABREVIATURAS

- ARIMAC: Áreas de Informática Médica y Archivo Clínico de las Unidades de Atención Médica.
- GPC: Guía práctica clínica
- CPN: Control Prenatal
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
- NOM: Norma oficial mexicana
- OMS: Organización mundial de la Salud
- UMF: Unidad de Medicina Familiar
- UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

IV. GLOSARIO

- Aborto expulsión de un feto o embrión menor de 500gr de peso o hasta la semana 22 independientemente de la existencia de vida o no, y de que el aborto sea espontaneo o provocado
- Adolescencia: es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose tres fases, la adolescencia temprana 11 a 13 años, la media de los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía de los 17 a los 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y de la personalidad.
- Atención integral: enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas.
- Apego: Aprecio, cercanía, inclinación especial por algo o alguien
- Cédula única de evaluación del proceso de atención integral de atención materna integral: instrumento que evalúa los principales puntos críticos y causa de raíz de proceso salud enfermedad.
- Control prenatal: son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.
- Embarazo de alto riesgo: es aquel en que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos en condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario

- Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto de término.
- Guía Práctica Clínica: es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones (Institute of Medicine).
- Infección urinaria, infección de orina, o del tracto urinario bajo: es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o riñón. Los síntomas varían de acuerdo al sitio de afección, pero también pueden cursar asintomáticas
- Muerte materna: es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los primeros 42 días de la terminación del mismo, independientemente y del lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

V. RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Figura No. 1 Distribución de frecuencia por edad	<i>PÁGINA</i> 33
Figura No. 2 Distribución de frecuencia por ocupación	34
Figura No. 3 Frecuencia por gesta (culminación)	35
Figura No. 4 Atenciones prenatales en relación con la ocupación	36
Figura No. 5 Inicio de vigilancia prenatal	37
Figura No. 6 Evaluación en el diagnóstico de infección de vías urinarias	38
Figura No. 7 Evaluación del tratamiento de las infecciones genitourinarias	39
Figura No. 8 Calidad de atención	40

VI. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescente es un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas y sociales, a ello se agregan las tasas de fecundidad elevadas en este sector de la población, por lo que ha tomado mayor relevancia. Dentro de este tema el control prenatal en la adolescente embarazada es poco investigado, sin olvidar que dentro del sector salud, la atención a la salud materno-infantil es una prioridad, siendo su objetivo principal la prevención de complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.

Para lograr los objetivos mencionados, es necesario llevar a cabo todas las acciones y procedimientos, sistémicos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal; resumiéndole en el control prenatal. Estudios internacionales han evidenciado que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente, siendo relacionado al área ambiente emocional en que se desenvuelve la adolescente embarazada, ligándose a varios factores entre ellos la dinámica de su ambiente.

Es necesario puntualizar que el indicador de mortalidad materna revela no solamente el grado de desarrollo de un país, sino la equidad en el desarrollo y la calidad de los servicios de salud. Las guías de práctica clínica son propuestas de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Las guías han llegado a disminuir el rezago en la información y tecnología; consolidan las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, ya que buscan incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo-efectividad, el apego a las guías es conveniente, siendo un importante indicador de calidad en la atención brindada en todo el servicio de salud, reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones clínico-asistenciales y mejorar la práctica clínica en el bienestar del paciente.

VII. MARCO TEORICO

EMBARAZO ADOLESCENTE

Según la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)¹. El embarazo en adolescentes ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país, esto derivado por el aumento en la incidencia en los últimos años, clasificándolos como de alto riesgo. El embarazo normal se define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término², se hace referencia a que este en la etapa temprana de la adolescencia se caracterizara por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia³; por lo anterior y otros factores biológicos se califica como embarazo de alto riesgo.

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o mono parenterales, afectadas por el desempleo y que es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes⁴.

Con datos obtenidos del INEGI; el 11% de los nacimientos en el mundo ocurren en adolescentes menores de 19 años de edad (16 millones). Para 2012 en México, se registraron 2, 498,880 nacimientos de los cuales 104,885 pertenecen a Michoacán; y en adolescentes la tasa se reportó en 54.4. El 19.05 por ciento, 18 mil 859 de los 98 mil 964 nacimientos registrados en Michoacán durante 2013, corresponde a hijos de mujeres menores de 19 años de edad⁵.

En un estudio de encuesta nacional se documentó que entre las adolescentes que informaron haberse embarazado, la iniciación de la vida sexual a temprana edad, la baja escolaridad y el estado civil de casadas incrementaron el riesgo⁶. Otras encuestas nacionales como la realizada en el Hospital Infantil de México; han encontrado condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes

como lo son la menor aceptación de los valores tradicionales familiares y poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente.⁷ Con lo anterior podemos apoyar la importancia del medio para el desarrollo de un embarazo con evolución normal, llegando a un término sin complicaciones o a su detección oportuna para manejo y solución. Dentro del IMSS, por poner un ejemplo, la atención que se dio a adolescentes embarazadas menores de 16 años, beneficiarias hijas de asegurados y pensionados en el último quinquenio, fue registrada así⁸:



Asistencia Obstétrica a Beneficiarias Hijas Menores de 16 años 2010 - 2014

Año	Total Embarazadas	Adolescentes			
		10 - 14	15 - 19	Subtotal	%
2010	582,169	1,584	65,508	67,092	13.2
2011	585,140	1,654	69,580	71,234	12.2
2012	584,275	1,885	70,600	72,485	12.4
2013	592,915	1,889	71,291	73,180	12.3
2014	593,798	1,725	66,451	68,176	11.5
Quinquenio	3,535,425	10,238	412,188	422,426	11.9

CONTROL PRENATAL

Dentro de nuestro país y a nivel mundial la atención a la salud materno-infantil es un tema prioritario, para ello es necesario llevar a cabo el control prenatal, siendo todas las acciones y procedimientos, sistémicos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal⁹.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistémica y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal¹⁰. Los antecedentes marcan que la mortalidad en todas las edades se asocia en mayor porcentaje con la pobreza, aunado a un escaso control prenatal muestran un resultado desfavorable.

Durante la presentación en Ciudad México de un informe del UNFPA sobre la muerte materna, la directora de la organización Ipas- México, Raffaella Schiavon, señaló que entre 1990 y 2011 hubo en México casi 28.000 muertes maternas, entre ellas 3.473 fueron de adolescentes entre 15 y 19 años y 160 de 10 a 14 años¹¹. Datos del INEGI acerca de la distribución de defunciones maternas evitables, se encontró que en el periodo del 2002-2006, 83.9 corresponden a Michoacán y un estimado de 78.3 para el periodo de 2007-2011⁵. Con los datos anteriores es lógico, que el control prenatal sea ligado y usado para prevención de múltiples consecuencias durante el embarazo¹².

Existen tres principales mediciones de la mortalidad materna: la razón de la mortalidad materna, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida. A nivel universal, alrededor del 80% de las defunciones maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, parto o el puerperio¹³. Las deficiencias comunes en la prestación de atención de salud son: La atención inversa. Las personas con más medios son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos¹⁴.

En el primer nivel se lleva a cabo el control prenatal, se detecta el riesgo y se da un pase al siguiente nivel, dejando la responsabilidad a la paciente de si asiste o no; se repite con

gran frecuencia la detección de infecciones en vías urinarias, con la misma frecuencia el manejo inadecuado de éstas (vinculadas con partos prematuros); cuando se acerca la fecha de atención del parto se dan citas abiertas para que acudan al hospital más cercano (como puedan). Habitualmente la evaluación del control prenatal se basa en el número de consultas y no en la calidad de estas, otorgadas en esta materia¹⁵.

La adolescente embarazada por presentar un evento de alto riesgo, debe cumplir como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1 1ª consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas;
- 2 2ª consulta: entre 22 - 24 semanas;
- 3 3ª consulta: entre 27 - 29 semanas;
- 4 4ª consulta: entre 33 - 35 semanas;
- 5 5ª consulta: entre 38 - 40 semanas.

La consulta debe estar dirigida para informar a la adolescente embarazada acerca de posibles complicaciones durante la gestación y asegurar que la adolescente pueda identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica, informando sobre los datos de alarma que requieren atención inmediata. Durante todo el embarazo se debe prevenir y detectar la presencia de infecciones urinarias, infecciones periodontales, signos o síntomas de preeclampsia y así como la vigilancia de los movimientos fetales a partir de las 16 semanas de gestación¹⁶. Dejando claro los principales datos de alarma en cada cita, correspondiente a sus semanas de gestación:

- Presencia de hemorragia
- Pérdidas transvaginales líquido amniótico, sangre o secreción anormal
- Presencia de contracción uterina
- Disminución de la movilidad fetal
- Cefalea
- Acufenos
- Fosfenos
- Edema de miembros inferiores
- Fiebre

- Disuria
- Flujo trasvaginal

ATENCIÓN INTEGRAL

Durante varios años, la medicina se ha basado fundamentalmente en la experiencia y el juicio personal. Sin embargo, en las últimas décadas este modelo ha cambiado radicalmente debido al enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, nuevas aplicaciones permiten el uso de gran cantidad de conocimientos para la toma de decisiones clínicas, lo que asociado a los grandes avances en la tecnología de la información está modificando la forma en la que los clínicos enfrentan el ejercicio de su profesión¹⁷. Para unificar los conocimientos se crearon las Guías de Práctica Clínica (GPC) que se definen como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas”. Guardan estrecha relación con el movimiento científico que hace énfasis en la medicina basada en evidencia, ya que sus recomendaciones toman los últimos resultados disponibles de investigaciones realizadas con rigor metodológico¹⁸.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se cuenta con organización, recursos humanos, experiencia y trayectoria que le ha permitido desarrollar GPC desde hace varios años. Sin embargo, existe poca información del apego que existe para la aplicación de sus GPC, siendo de básico para evaluar la calidad en la atención al paciente y beneficio para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la misma. Por medio de las GPC podemos adherirnos a estándares consensuados asegurando un mejor nivel de atención y seguimiento en nuestros pacientes.

El objetivo de la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, estandarizar las acciones y propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales;

favoreciendo la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud¹⁰.

En 2007 la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, estableció el programa “Propuesta de metodología para la integración de guías de práctica clínica”, con el objetivo de definir el marco de referencia para la elaboración y adecuación de GPC bajo estándares que garanticen su calidad y viabilidad¹⁹. El cumplimiento con las GPC es esencial al momento de aplicar correctamente los tratamientos, sin embargo, no basta con declararlo o demostrarlo en estudios. En España se realizó una investigación en el año 2007, tras la implementación de la GPC, se observó una reducción de los casos de Hemorragia Post Parto susceptibles al manejo activo por lo que sugiere que las intervenciones que parten del análisis crítico de la propia práctica clínica, para llevar a cabo un proceso de adopción de una GPC, ayudan y mejoran aspectos de esta práctica²⁰.

Un ejemplo claro de la importancia en el déficit de apego a las GPC se mostró en Colombia, evaluando el porcentaje de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal por parte del personal médico y de enfermería y se determinó que el trimestre de gestación crítico con un menor porcentaje de adherencia a la GPC de CPN es el primer trimestre con un 57% para todos los profesionales, seguido por el segundo trimestre con 24.9% y por último se encuentra el tercer trimestre con 18.1%. La no adherencia de los criterios anteriormente descritos, es debida a la no aplicación directa de la GPC de CPN con enfoque de riesgo²¹. Otro estudio realizado en Perú arrojó que la atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente y que guarde cierta periodicidad²², sin embargo, no se evaluó el apego a las guías clínicas.

Para lograr una evaluación al apego de GPC se utilizan cedulas únicas específicas, para el proceso de atención materna integral, este instrumento evalúa los principales puntos críticos y causas raíz de proceso salud enfermedad. Contiene 47 causas potenciales de disfunción del proceso relacionado a 10 indicadores del Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2014 y el cumplimiento de los criterios seleccionados de la GPC de atención prenatal con enfoque de riesgo en primer nivel y la GPC de pre

eclampsia/Eclampsia, hemorragia obstétrica, vigilancia y manejo del trabajo de parto y disminución en la frecuencia de cesáreas en segundo nivel de atención materna integral. Sin embargo, para medir el apego de la GPC de nuestro interés solo utilizaremos algunos indicadores que corresponden al primer nivel de atención²³.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el desarrollo de la profesión lo habitual es tener que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de las numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Esto es válido en la toma de decisiones sobre problemas bien estudiados y con soluciones establecidas. Las GPC entre otros beneficios auxilian al profesional y al paciente a tomar mejores decisiones; en el sistema de salud proveen líneas encaminadas a homologar la atención, ya que en la provisión de la atención médica confluyen factores del paciente, del médico y del entorno social, físico y organizativo; esta interacción puede resultar en variabilidad de la práctica clínica y en su nivel de calidad, resultados en salud y costos. Los patrones culturales y actitudes del paciente, la experiencia, juicios y conocimientos del médico y la disponibilidad de recursos son determinantes en la interacción del paciente y el sistema de atención médica ya que es determinante propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados materno-fetales, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de los servicios de salud.

La salud materna infantil es un tema prioritario de salud a nivel nacional e internacional, por lo cual es de suma importancia detectar sesgos en la atención prenatal, enfatizando en la atención de embarazos de alto riesgo como es el grupo de adolescentes embarazadas. En la UMF 80 no se han realizado estudios de este tipo, que de llevarse a cabo daría mayores armas para mejorar la atención y evitar morbi - mortalidad.

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es la atención integral en la adolescente embarazada adscrita a la UMF No 80?

IX. JUSTIFICACIÓN

Cuando ocurre un embarazo adolescente sus consecuencias pueden abarcar aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. El riesgo de morbo-mortalidad es más elevado cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, trayendo consigo aumento en los gastos y presupuestos para las Instituciones de salud que están a cargo. La mortalidad materna del grupo de 11-19 años de países en desarrollo duplica al compararla con la tasa de mortalidad del grupo de 20-34 años.

El embarazo en las adolescentes puede llegar a ser un problema desde el punto de vista médico y social. Contribuyen múltiples factores y las soluciones no parecen sencillas a corto plazo.

Dentro de la Unidad de Medicina familiar no 80, no existen reportes de investigaciones similares a la propuesta por este trabajo; es decir, no tenemos datos de evaluaciones en cuanto a la calidad de la atención materna en la adolescente, específicamente de evaluación del apego a la normatividad existente para este proceso de atención.

Actualmente la sociedad demanda cada vez más servicios de calidad que garanticen principalmente el mantenimiento o la recuperación de la salud, en el tema que abarca el binomio materno-fetal la trascendencia que tiene el apego a la normatividad existente (NOM 007) para la atención de la adolescente embarazada, garantizará la calidad de esta atención, ya que, como se ha comentado anteriormente, el apego a estándares y normas de atención pueden contribuir en la detección oportuna de complicaciones que conducen a la muerte materna, o bien a la atención adecuada de los casos de urgencia.

En los programas de calidad se hace referencia a la posibilidad de modificar los métodos de atención, al realizar la estandarización de procesos y procedimientos de atención, mediante el seguimiento adecuado de lineamientos establecidos en manuales o NOMs, con lo cual hay un mayor aseguramiento de la calidad. De aquí la trascendencia del apego que el personal de salud tenga a estos lineamientos y a la normatividad vigente para llevar

a cabo este proceso de atención, las GPC pueden ser herramientas para mejorar los procesos de los sistemas de salud que involucran a los tomadores de decisión en todos los niveles con lo que seguramente se lograría modificar de forma importante las complicaciones que culminan en una muerte materna. Recordemos que la mortalidad materna es un problema multifactorial en el que intervienen otros aspectos que influyen de manera determinante, pero que no son de interés para la presente investigación. Es importante mencionar también la trascendencia que puede tener la evaluación a la atención materna como punto de partida para emprender modificaciones que permitan implementar acciones de mejora, que repercutan en la menor presentación de defunciones maternas.

Consideramos que la presente investigación beneficiaría, aportando datos importantes a la UMF 80, recordando que es esta es una unidad de primer nivel de atención, el médico familiar es el encargado del control del embarazo y puerperio, y es en este periodo donde podrían detectarse complicaciones en fase oportuna, y así evitar la muerte.

X. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La calidad de la atención integral del control prenatal de la adolescente embarazada adscrita a la UMF No 80 es adecuada.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar si la atención integral en la adolescente embarazada adscrita a la UMF No 80 es adecuada

Objetivos específicos

1. Conocer las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas
2. Evaluar los factores que determinan el inicio de la vigilancia prenatal.
3. Evaluar factores que intervienen en la continuidad de la vigilancia prenatal y su número de consultas.
4. Evaluar factores que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones genitourinarias en la embarazada.
5. Evaluar la calidad de atención, mediante la selección de algunos criterios relevantes de la Guía de Práctica Clínica.

XI. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de investigación: descriptivo observacional

Tiempo: retrospectivo

Método de observación: transversal

Tipo de análisis: analítico

POBLACION DE ESTUDIO: La población fue conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias de la Unidad de Medicina Familiar no 80, dentro del periodo de enero del 2014 a enero del 2015 que fueron un total 120, que cumplan con los criterios de selección.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La población de estudio se calculó por medio de la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra a obtener

N: población finita o número de casos

e: error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso nos importa, el número de total de adolescentes derechohabientes según el censo de Población adscrita a la UMF no 80 del periodo enero del 2014 a enero 2015, con edad de 10 a 19 años de edad es de $N= 120$.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 5% (0.05) en error de muestreo entre revisar los expedientes de 120 adolescentes embarazadas de enero del 2014 a enero del 2015 y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la formula (*) queda:

$$n = \frac{120}{1+120 (0.05)^2}$$

$$n = \frac{120}{1+120 (0.0025)}$$

$$n = \frac{120}{1.3}$$

$$n = 92 \text{ pacientes participantes}$$

LUGAR DE ESTUDIO: En Unidad de Medicina Familiar no 80, del IMSS, en Morelia, Michoacán

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas de 11 a 19 años de edad.
- Adolescentes embarazadas que acudieron a Control prenatal durante el periodo Enero del 2014 al enero 2015 en la UMF no 80

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes adolescentes embarazadas que se encuentren fuera del periodo estudiado que su fecha probable de parto pase de diciembre del 2014.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes embarazadas que no cuenten con expediente electrónico.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente:

Embarazo en adolescentes: Estado fisiológico en mujeres de 11 a 19 años que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto de término

Variable independiente:

Atención integral del control prenatal: enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. Utilizando entre otras:

- Calidad de atención
- Cumplimiento de consultas
- Referencia segundo nivel

- US obstétrico
- Información de métodos de planificación.
- Detección y tratamiento oportuno de IVU

OTRAS VARIABLES.

Variables Gineco-obstétricas

- Número de Hijos vivos
- Numero de Gestas
- Culminación de embarazo

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación

OPERALIZACION DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Atención integral	<ul style="list-style-type: none"> • enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. 	Grado o porcentaje que cumplen expedientes de embarazadas en su control prenatal, según Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral NO APEGO <80 % 2. APEGO >80%	Cualitativa	1. APEGO 2. NO APEGO
Embarazo	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto de término	Estado fisiológico comprobado por prueba sanguínea fracción beta de la HGC	Cualitativa	1. Positivo 0.Negativo

<p>Inicio de la vigilancia prenatal en medicina familiar</p>	<p>Primera visita de adolescente con sospecha de embarazo con médico familiar</p>	<p>Según la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral se califica con los puntos 2,3 la cual se evalúa con la toma de PIE y BH en la primer consulta, calificándose 0: no cumple 1: si cumple 2: No aplica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>0. no cumple 1. si cumple NA. no aplica</p>
<p>Promedio de atenciones prenatales por embarazada</p>	<p>Media aritmética de atenciones prenatales</p>	<p>Según cedula única de evaluación se calificara con el cumplimiento del ítem 11</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>0. no cumple 1. si cumple</p>
<p>Proporción de infección genitourinaria</p>	<p>Infección del tracto urinario</p>	<p>Infección más común en la embarazada, evaluada para diagnóstico y</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>0. no cumple 1. si cumple NA. no aplica</p>

		tratamiento con los ítems 7 y 8 de la cedula única e evaluación		
Calidad de atención	términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan	Según cedula única de evaluación se calificarán con el cumplimiento de los puntos 5,6 7 y 14 que evalúan : toma de laboratorios y US en las semanas de gestación establecidas y con referencia a segundo nivel Y se califica como: 0: no cumple 1: si cumple 2: No aplica	Cualitativa	0. no cumple 1. si cumple NA. no aplica
	Establecimiento de Salud que contempla los servicios de consulta de las			0. no cumple 1. si cumple

<p>Referencia a segundo nivel de atención</p>	<p>especialidades básicas, hospitalización general, servicios de apoyo a diagnóstico como pruebas especiales de laboratorio clínico, radiología con medios de contraste y ultrasonido Es responsable de satisfacer las necesidades de salud</p>	<p>Referencia al Hospital que por zonificación corresponda enviar a la paciente, ítem 14 de cedula única de evaluación</p>	<p>Cualitativa</p>	
<p>Glucemia</p>	<p>Cantidad de glucosa en la sangre</p>	<p>examen que mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre, según cedula de evaluación ítem 7</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>0. no cumple 1. si cumple NA. no aplica</p>
<p>Ultrasonido obstétrico</p>	<p>uso de ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes del producto</p>	<p>examen de diagnóstico que un médico o técnico especializado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>0. no cumple 1. si cumple</p>

		realiza durante el embarazo, según cedula de evaluación ítem 8		
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Numérica ordinaria	0. 11-14 1. 15-17 2. 18-19
Escolaridad	Años cursados en educación	Número de años académicos al momento del estudio. Analfabeta, Sabe leer y escribir Primaria estudios de 1 a 6 de primaria Secundaria Bachillerato Técnico	Cualitativa	0. Analfabeta 1. Primaria 2. secundaria 3. bachillerato 4. licenciatura
		Ocupación del individuo al	Cualitativa	0. No trabaja 1. Trabaja 2. estudiante

Ocupación	Actividad u oficio remunerable de una persona	momento del estudio Estudiante Hogar Obrero (a) Empleado Otro		3. Otro
Número de embarazos	Cantidad de gestas de una mujer en edad fértil	Ocasiones en que se embarazo la adolescente al momento del estudio Núbil primigesta multigesta	Cuantitativa	0. Nuligesta 1. Primigesta 2. multigesta
Finalización de evento obstétrico	Terminación embarazo, por vía natural o quirúrgica; con o sin complicaciones	Total de productos nacidos por Aborto Parto Cesárea	Cuantitativa	0. Aborto 1. Parto 2. Cesárea
Trimestre de gestación	Es cada uno de los tres periodos de tres meses de que consta el Embarazo.	Considerándose el primer trimestre desde la fecha de última menstruación	Cualitativa	1. primero 2. segundo 3. tercero

		hasta semana 12 de gestación, el segundo desde semana 13 hasta la 28 y el tercero desde la semana 29 hasta el final del embarazo.		
--	--	---	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Este proyecto de investigación fue evaluado por el comité de ética e investigación 1603 HGZ no 8. Aprobándose se inició solicitando en la UMF no 80 el total de embarazadas censadas, para filtrar solo las adolescentes por medio del departamento de ARIMAC; en el periodo de enero del 2014 a enero del 2015. Se realizó la selección de los expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad, adolescentes embarazadas que acudieron a Control prenatal durante el periodo Enero del 2014 al enero 2015 en la UMF no 80; se descartaron aquellas con criterios de eliminación pacientes embarazadas que no contaron con expediente electrónico.

A dichos expedientes se les aplicaron dos instrumentos; uno mide variables sociodemográficas y clínicas elaborado para el estudio y la cedula de verificación de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo diseñada por la Dirección de Prestaciones Médicas, División de Excelencia Clínica que da énfasis a las recomendaciones de Promoción a la salud, Pruebas Específicas, Factores de Riesgo y Vigilancia Prenatal, Pruebas Diagnósticas, Vigilancia y Seguimiento, así como Criterios Técnicos Médicos de Referencia para primer nivel que constan de 4 indicadores con 20 ítems en total (Anexo 1), En cada cedula de verificación se determinó el apego a cada uno de los indicadores de acuerdo a las notas de control prenatal. Se recabó la información de los 20 ítems planteados en la GPC desarrollada por el IMSS para el primer nivel de atención, colocando en la celda pertinente a cada ítem “1” cuando en el expediente conste como realizada la recomendación sugerida en la GPC, o en caso contrario se colocó “0”, y cuando la sugerencia recomendada por la GPC no aplique al caso en particular se colocó “NA”. Para la evaluación del expediente clínico se consideró el Total de Recomendaciones cumplidas (1), Total de recomendaciones no cumplidas (0), Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA), tomando como base; el total de recomendaciones que aplican al caso evaluado considerando como SI APEGO a la GPC con el 80% o más de recomendaciones cumplidas.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar, las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 21.0). La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Se presentan tablas de contingencia y graficas de barras en porcentajes.

ASPECTOS ETICOS

El presente protocolo se apega a los requisitos de los principios de investigación médica, establecidos en la Declaración de Helsinki en 1975 la cual establece que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, enmendados en Edimburgo en el año 2000. De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación en su artículo tercero menciona: la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud; al estudio de las técnicas de métodos que se recomienden empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción de insumos para la salud. Así mismo a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para el mismo fin.

Se solicitó autorización al comité local de ética e investigación para llevar a cabo la investigación.

Se trata de un estudio de revisión de expedientes clínicos por lo que se considera de bajo riesgo.

XII. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se revisaron 92 expedientes de embarazadas adolescentes, mismas que pertenecen a la unidad de Medicina Familiar no. 80

En la distribución por frecuencia de edad, la mayor proporción de adolescentes embarazadas se encontró en el rango de edad de 19 años, con un 39.1%. (Figura No 1)

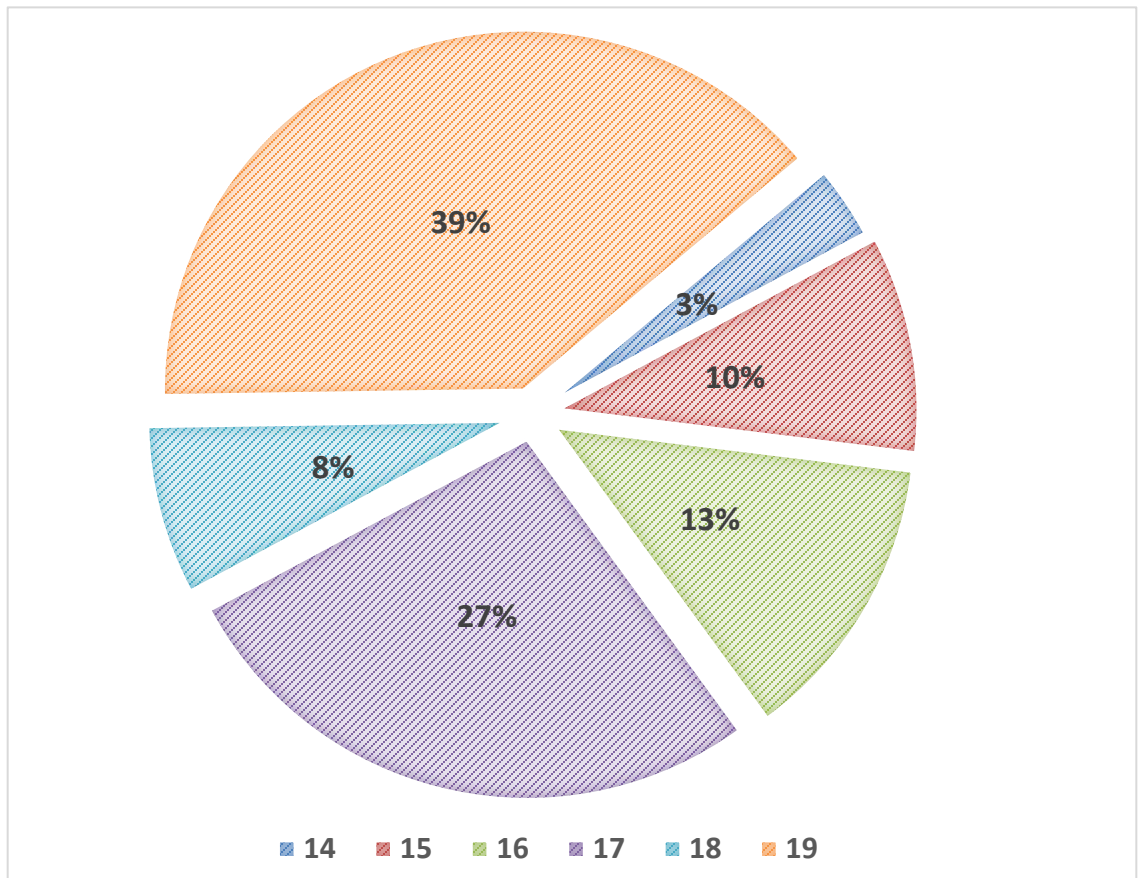


Figura No 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR EDAD

Continuando con las variables sociodemográficas, de los expedientes revisados, el 50% de la embarazadas en el periodo estudiado, no se encontraban trabajando ni estudiando. (Figura No. 2)

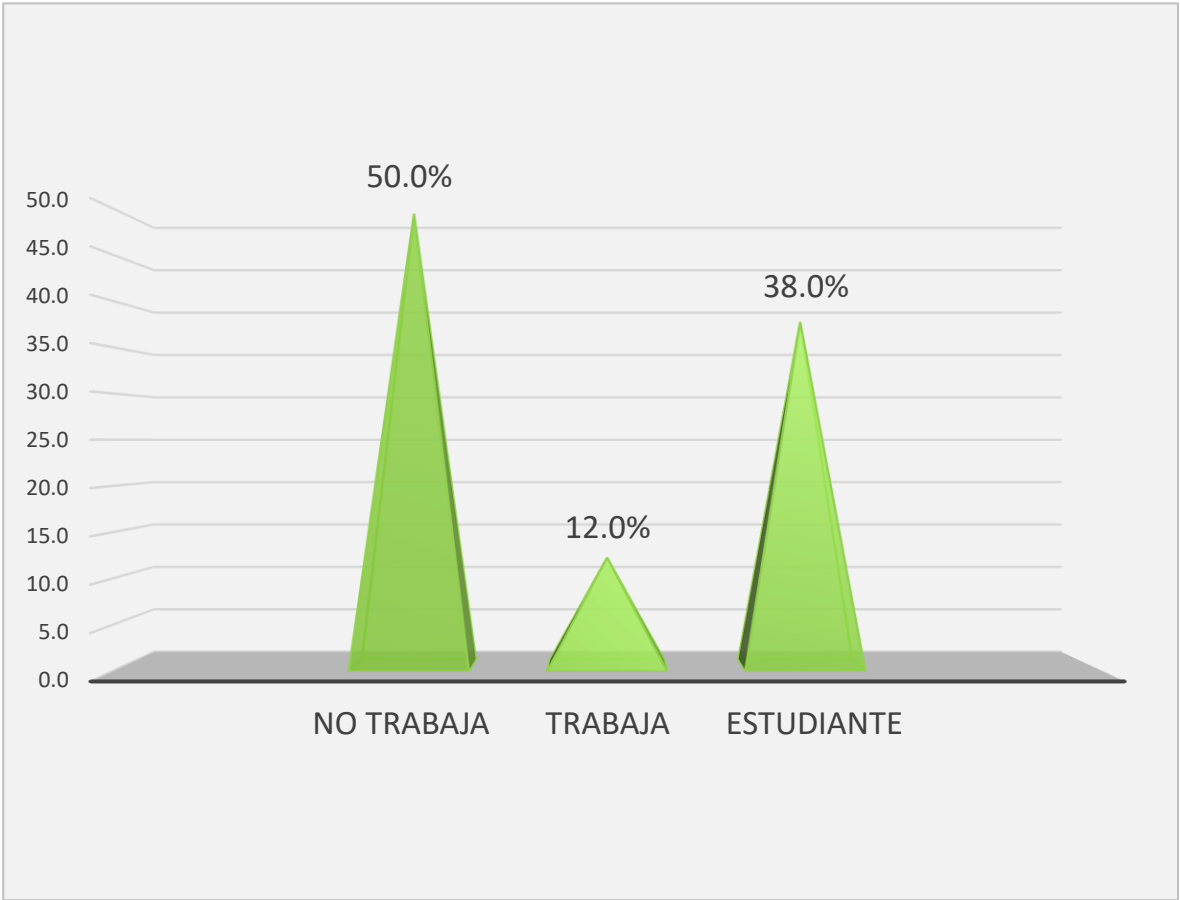


Figura No 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR OCUPACION

Se demostró que la mayoría de las embarazadas, cursaba su primera gestación, con una frecuencia de 79.3%. (Figura No. 3)

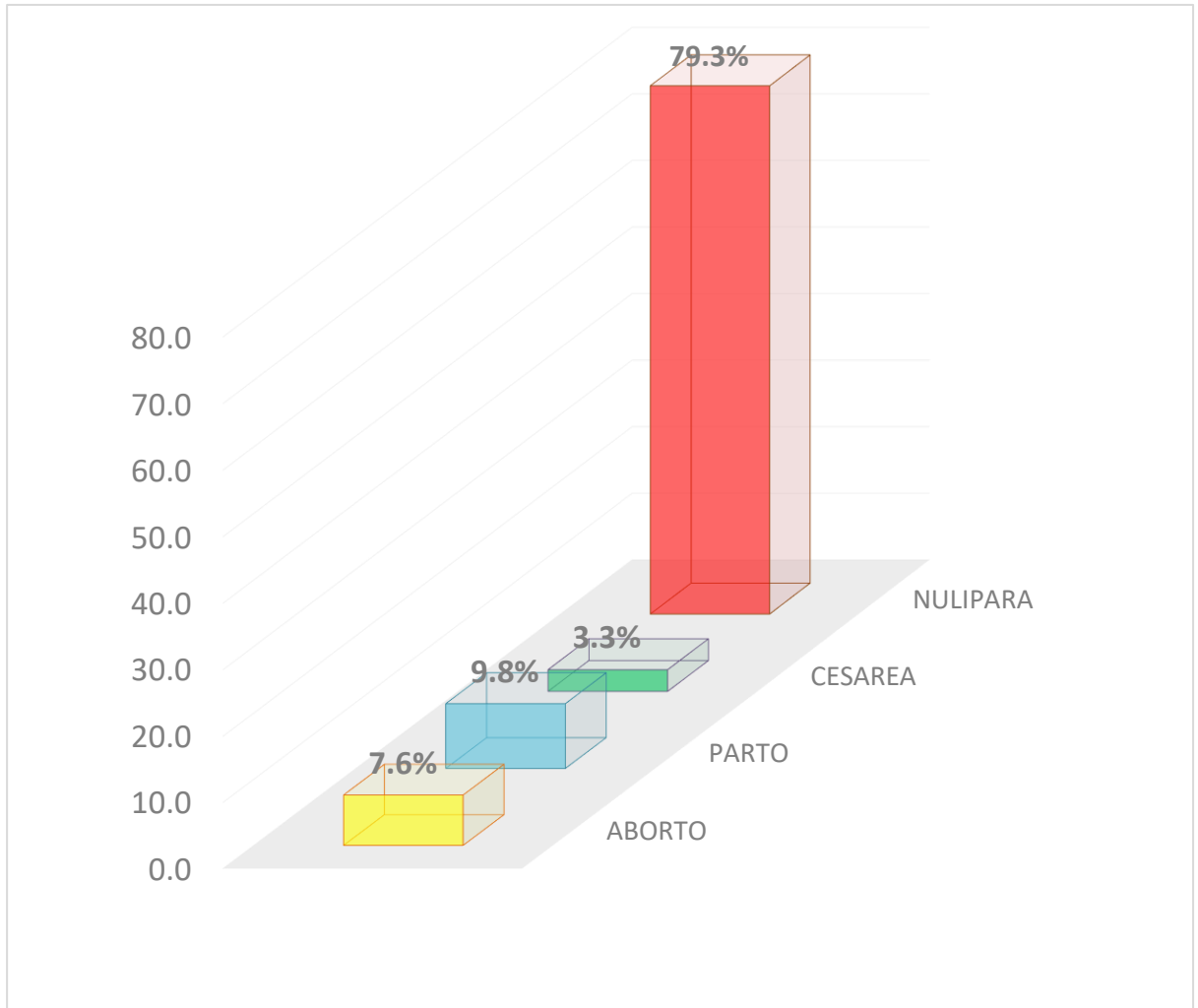


Figura No 3. FRECUENCIA POR GESTA (CULMINACIÓN)

El número de consulta de seguimiento en el control prenatal tuvo relación con la ocupación, se agruparon de 1 a 2 citas, de 3 a 4 citas, de 5 a 6 citas, de 7 a 8 citas; con mayor asistencia en las que no trabajaban ni estudiaban. (Figura No. 4)

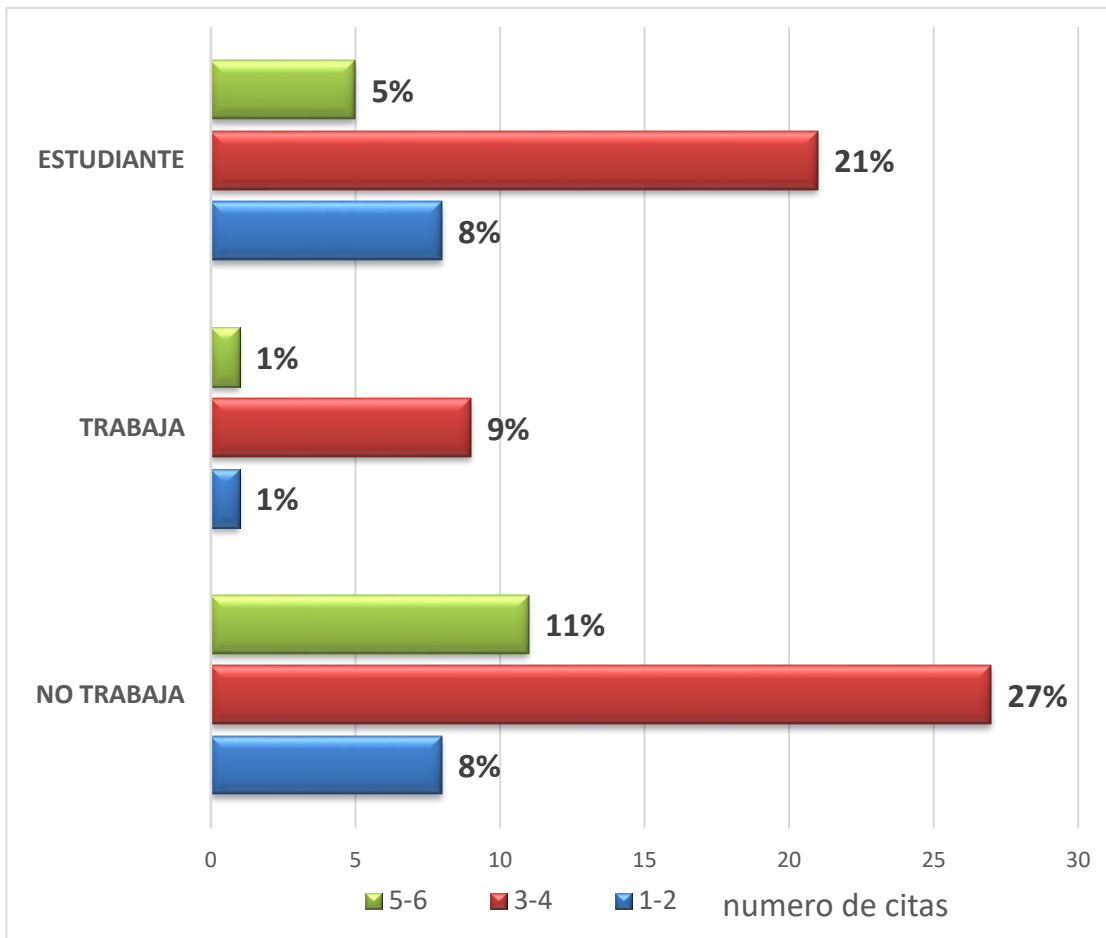


Figura No 4. ATENCIONES PRENATALES EN RELACIÓN CON LA OCUPACIÓN

La evaluación de la atención integral de la adolescente embarazada corresponde al 69.19% según los expedientes electrónicos evaluados en la UMF no 80.

El inicio de la vigilancia prenatal, se determinó por la prueba inmunológica del embarazo que se realizó en el 18.1% y la confirmación por módulo de vigilancia prenatal se efectuó en el 79.8%. (Figura No. 5)

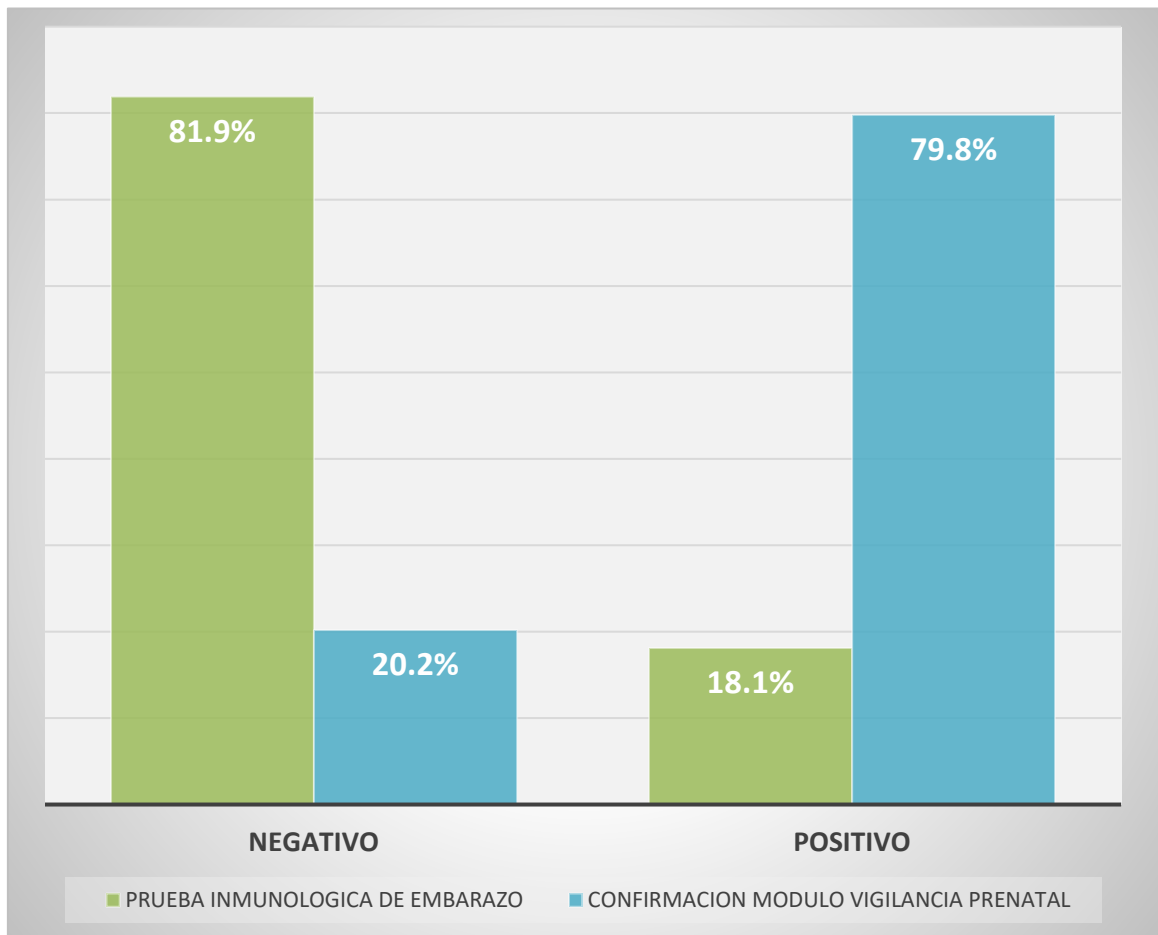


Figura No 5. INCIO DE VIGILANCIA PRENATAL

Tras valorar los factores que determinan la continuidad de la vigilancia prenatal se encontro que las pacientes remisas integradas a la atencion medica se aplico en el 48.9%, la cita prioritaria se otorgo en 88.3% y las pacientes enviadas al modulo de EMI 36.2%.

Al evaluar los factores que intervienen en el diagnóstico de las infecciones genitourinarias, se halló que la identificación oportuna fue positiva en un 42.4%. (Figura No. 6)

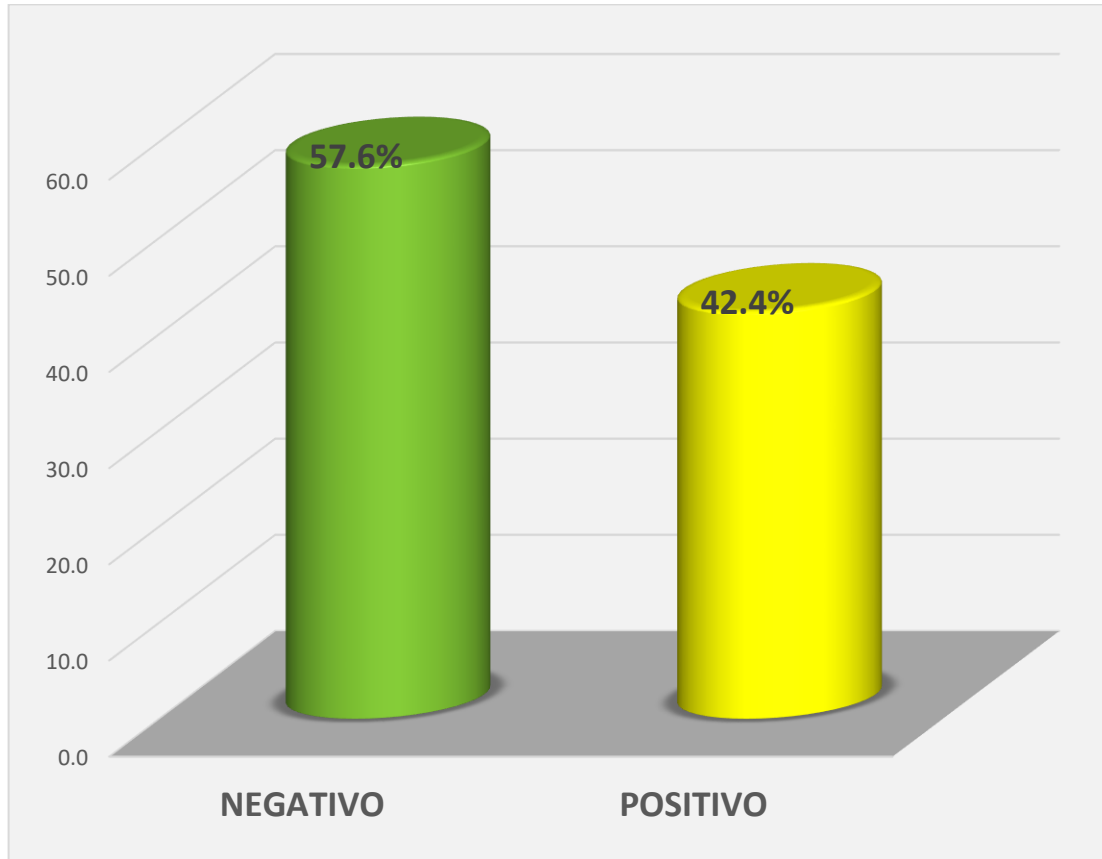


Figura No. 6. EVALUACIÓN EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS

El tratamiento otorgado; de forma adecuada en las infecciones de vías urinarias, se dio en un 45.7% de los expedientes revisados. (Figura No. 7)

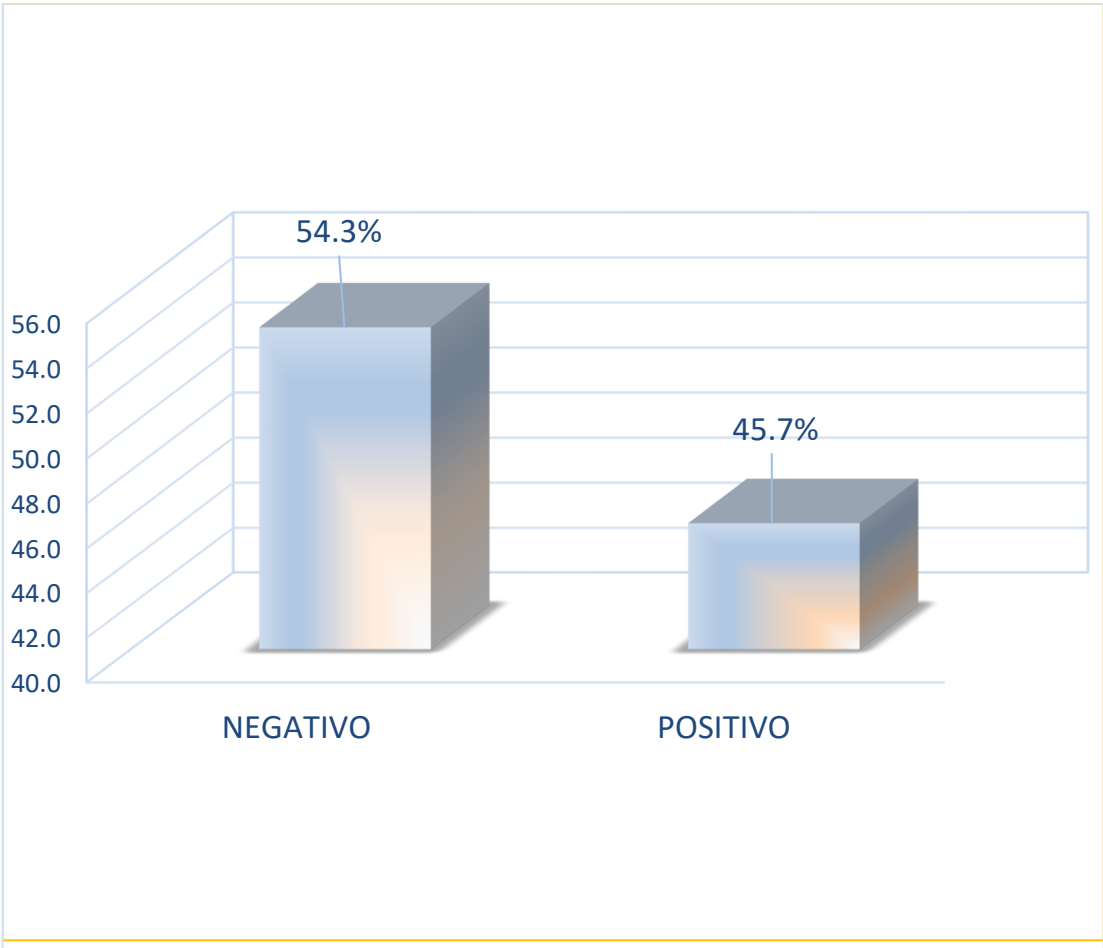


Figura No. 7. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES GENTOURINARIAS

La evaluación de la calidad de atención mediante varios criterios, mostrando que la toma de tensión arterial en cada cita fue el único criterio que cumplió un adecuado apego con un 97.8%. Existen 2 criterios que se encuentran cerca de un apego correcto, es la prueba rápida de HIV con 71.7% y la prescripción de hierro acorde a las recomendaciones de la GPC con un 76.1 (Figura No. 8)

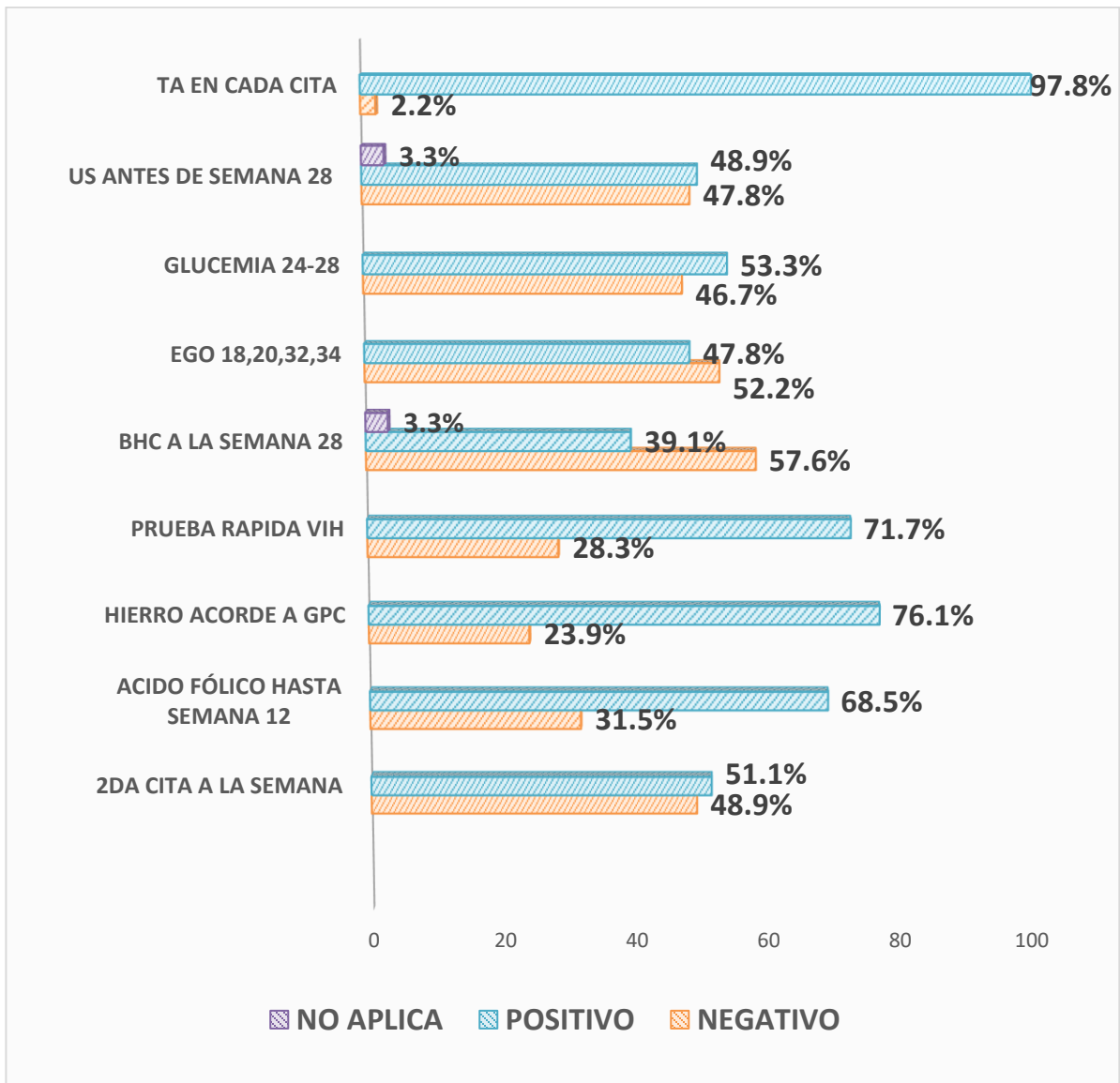


Figura No. 8. CALIDAD DE ATENCIÓN

XIII. DISCUSIÓN

La evaluación del control integral de la adolescente embarazada permite obtener información médica por medio del expediente electrónico, este estudio se realizó a nivel de una unidad de Medicina Familiar; siempre tomando en cuenta la actividad registrada de cada consulta, considerando que su registro no implica que se haya realizado.

Dentro de nuestros resultados encontramos una mediana en la edad de 19 años, similar a los resultados encontrados en un estudio realizado en Jalisco por Mejía Mendoza²⁴, donde se estudió de forma cualitativa adolescentes embarazadas que acudieron a un centro de salud urbano de SSA, donde la mediana fue de 18 años, Oviedo Cruz²⁵ en 2007 dentro del INPER encontró una mayor frecuencia de adolescentes embarazadas a la edad de 16 años; es un estudio de casos consecutivos que ingresaron a la cohorte de control prenatal; y en nuestro estudio la mayor frecuencia corresponde a la edad de 19 años; en ambos estudios se comparó la asiduidad de la edad.

En las características ginecobstetricias en 2007 Oviedo²⁵ detallo que el 93.7% fueron primigestas, mientras que en nuestro estudio se encontró 79.3%, cifras que difieren al menos un 14.4%.4; posiblemente resultado de la zona de estudio. La relación de las atenciones prenatales se encontró similar frecuencia con las estudiantes y las que no laboran, así como mayor frecuencia en no trabajar y no estudiar; sumando un 88%; en 2004 Molina M²⁶ en un estudio en Chile con 223 adolescentes encontró causas de deserción escolar de la adolescente embarazada fue principalmente por la vergüenza y las complicaciones del embarazo, refiriendo como potencial la baja escolaridad de los padres. Otros estudios como el de Gomez-Gutierrez²⁷ en 2012 muestran relación de la postergación de los estudios, por la adherencia de ideales tradicionales y los roles de género con la nueva pareja. La posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experimentan un embarazo o han tenido un hijo es mayor a cinco veces respecto a las que no han vivido esa experiencia; según lo encontrado por Binstock²⁸ en 2005; en Argentina.

Respecto a la oportunidad de inicio de vigilancia prenatal, encontramos que la confirmación por Modulo de vigilancia prenatal se dio con mayor frecuencia. No se encontraron estudios similares que estudien esta característica.

Con la continuidad de la atención se encontró determinada por las pacientes remisas que fueron integradas a la vigilancia prenatal, la cita prioritaria otorgada en este grupo y todas las pacientes de bajo riesgo enviadas a enfermería (EMI): no se encontraron estudios similares, pero si se documentó en 2014 por Rodriguez-Paez²⁹ que la evidente inasistencia a los controles prenatales no solo está asociada a la disponibilidad de infraestructura de salud, sino que adicionalmente está relacionada con barreras económicas, socioculturales y geográficas que muchas ocasiones no se integran en las políticas y estrategias de los sistemas de salud; resultado después de estudiar 49 pacientes que asistieron a la consulta de medicina general en Colombia.

Las infecciones urinarias en las embarazadas adolescentes; son una asociación clínica relacionada frecuentemente al embarazo, sus variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis registrada por Buonanno³⁰, se asocia a parto pretérmino y con el peso bajo al nacimiento³¹. Estrada-Altamirano³² en 2010 refiere que el diagnóstico temprano de una infección urinaria en el periodo gestacional disminuye la morbilidad obstétrica y perinatal, refiriendo que todos los casos diagnosticados de bacteriuria asintomática deben ser tratados con antibióticos; también refiere que el escrutinio en embarazadas debe ser un procedimiento obligado dentro del cuidado prenatal, en 2012 Ugalde-Valencia³³ realizó un estudio con adolescentes embarazadas derechohabientes del IMSS, donde se encontró una asociación de la infección de vías urinarias con parto pretérmino y de término en un 54.3% y 33.8%, mientras que en nuestro estudio; la identificación de infecciones genitourinarias solo se realizó en el 42.4% y el tratamiento se indicó en el 45.7%, sin estudiar la asociación a parto pretérmino o de término.

Existen estudios que destacan la atención en este grupo de pacientes, como el de Ahued-Ahued³⁴ en 2001, donde se estudiaron 899 pacientes de forma retrospectiva, concluyendo que la consulta prenatal y una adecuada adhesión reditúa en éxitos, considerándolo un

problema social²², previamente la atención médica se evaluaba por medio de la NOM mismas que han sido reemplazadas por las GPC; en 2005 Vázquez-López³⁵ publicó un estudio donde se revisó la atención prenatal en un grupo de médicos familiares en la Ciudad de México, concluyendo que entre más temprano se inicie el control prenatal mejor será la posibilidad de brindar adecuada atención, con la revisión de 150 expedientes evaluó un bajo apego a la práctica clínica, tomando como referente indirecto las notas médicas, al igual que en nuestro estudio en donde también encontramos un bajo apego, sin relacionar la frecuencia de inicio del control prenatal. En estudios realizados para valorar el apego a la GPC en otras patologías se ha evidenciado el mal cumplimiento, en 2009 González Morales³⁶ evaluó el cumplimiento de las guías para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad demostrando que hasta el 53.2% de los expedientes clínicos reflejan mal cumplimiento de la guía, con una mayor letalidad en este grupo. Debido a que el aproximadamente el 80% de los costos de salud pueden estar directamente relacionados con las decisiones clínicas de un profesional de la salud, el conocimiento médico debe estar actualizado constantemente con una capacitación de la GPC de control prenatal en cada una de las unidades, lo cual reduciría notablemente el riesgo de complicaciones, con un posible impacto en los costos de la atención a las adolescentes embarazadas.³⁴

XIV. CONCLUSIONES

La atención integral de la adolescente embarazada, no es la adecuada en la UMF no 80.

Las características sociodemográficas de las embarazadas son mujeres de 19 años, que no estudiaba ni trabaja. Y las ginecobstetricas, nuliparidad con 3 a 4 consultas recibidas.

Los factores que determinan el inicio de la vigilancia prenatal, son prueba inmunológica de embarazo y confirmación en el módulo de vigilancia prenatal.

La continuidad de la vigilancia prenatal, se valoró calificando la integración de embarazadas remisas, otorgar cita prioritaria y el envió al módulo de EMI.

El apego a recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, se evaluó con la identificación oportuna de la infección por laboratorio o clínica y el tratamiento de la infección genitorurinaria.

La calidad de la atención mediante los puntos críticos de la evaluación de los puntos críticos de las GPC, fue inadecuada.

XV. PERSPECTIVAS

Se espera que en la UMF No. 80 se realice una evaluación integral a corto, mediano y largo plazo en la atención integral de la adolescente embarazada, para la aplicación correcta de la práctica clínica.

En la población estudiada el diagnóstico oportuno y tratamiento de la infección genitourinarias, no fue adecuado y es considerado como un factor de riesgo; consideraría necesario una estrategia enfocada al cocimiento de las pacientes para prevenir, así como indagar en los síntomas, con la finalidad de reducirlas.

De los criterios para evaluar la calidad solo se cumplieron 3, la expectativa es que el conocimiento en cada uno de los consultorios sea completo para que se pueda cumplir.

Interés por los médicos de la unidad para el cumplimiento de la atención integral adecuada en las adolescentes embarazadas.

XVI. RECOMENDACIONES

- Aplicación de herramientas o instrumentos para la práctica clínica, como las guías de práctica clínica.
- Supervisión de la adherencia de los médicos a la adecuada práctica médica.
- Sesiones informativas sobre las guías prácticas, en el caso particular de Embarazo con enfoque de riesgo

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS/OPS. Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
2. Mendizábal R, Anzures L. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex. 1999; 62 (3): 191-197.
3. Fernández-Paredes F, Castro-García MA, Fuentes- Aguirre S, Ávila-Reyes A, Montiel-Marín BE, Godínez- González MA, Reyes-Juárez GM. Características socio familiares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex. 1998; 55 (8): 452-457.
4. Zamora-Lares A, Panduro-Barón J, Pérez-Molina J. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales. Revista Médica MD. 2013; 4 (4): 234-238.
5. INEGI; <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=16> (última visita 04-05-15).
6. González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato MI, Olaíz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública Mex. 2005; 47(3): 209-218.
7. Sumano Avendaño E. Embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 1998;55(8): pp 433-434
8. TABALA IMSS
9. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud pública de México. 2015; 57(2); 135-143.
10. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Julio 2009.
11. Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. México: Consejo Nacional de Población; 2004. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>

12. Freyermuth-Enciso MA, Luna-Contreras M, Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud, Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía. 2014; 5 (3) 189-199.
13. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. WHO Library Cataloguing.
14. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud.
15. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI. 2009; primera edición: 10-30.
Este material puede ser consultado y bajado gratuitamente desde la página web del Comité: <http://maternidadsinriesgos.org/web/>
16. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
17. Guevara-López U, Las guías de práctica clínica. ¿Futuro y perspectivas? Revista Mexicana de Anestesiología; 2013; 36: S174-S175.
18. Constantino- Casas P, Viniegra- Osorio A, Medécigo-Micete L. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2009; 47 (1): 103-108.
19. CENETEC. Propuesta de metodología para la integración de guías de práctica clínica. México: Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud; 2007.
20. Narváez-Delgado EJ, Figueras A. Descripción de la atención al parto antes y después de la implementación de una guía de práctica clínica de prevención y manejo de la hemorragia posparto en dos hospitales de Managua. Tesina para optar al Título Master Fármaco- epidemiología. Septiembre 2007.
21. Rentería-Córdoba S, Acosta F. Evaluación de la adherencia a guías del programa de control prenatal. San Juan IPS, primer semestre de 2010. Universidad del ces Facultad de salud pública “Auditoria y Calidad en Salud” Medellín.

22. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL, Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, *Rev Med Hered.* 2011; 22 (4), pp 169.
23. Cedula de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral, IMSS.
24. Mejia-Mendoza; Laureano-Eugenio J, Gil-Hernández E. Condiciones Socioculturales y experiencias del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2015; 66 (4): 242-252.
25. Oviedo-Cruz H, Lira-Plascencia J. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Revista de Ginecología y Obstetricia.* 2007; (75): 17-23.
26. Molina M, Ferrada C, Pérez R. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Med Chile.* 2004; (132):65-70.
27. Gomez-Sotelo A, Gutierrez Malaver M, Izzedin-Bouquet R, Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Rev Salud Pública.* 2012; (2): 189-199.
28. Binstock G, Cerratti M, Carreras truncadas, el abandono en el nivel medio en Buenos Aires, Argentina. UNICEF. 2005.
29. Rodriguez-Paez F, Jimenez-Barbosa W. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control preantatal y desenlaces perinatales. *Revista de Gerencia y politicas de Salud.* 2014; 13(27):212-227.
30. B Buonanno A, Damweber B. Review of urinary tract infection. *US Pharm* 2006; 31: 6: 26-36.
31. Puil L, Mail J, Wright JM. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Rapid answers using the Cochrane Library. *Can Fam Physician* 2002; 48: 58-60.
32. Estrada-Altamirano A, Figueroa-Damian R. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2010; 24(3):182-186.
33. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez M. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012; (5): 338-341.


34. Ahued-Ahued J, Lira-Plascencia J, Simon-Pereira L. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. *Cir Ciruj*. 2001; 69: 300-303.
35. Vásquez-López E, Boschetti-Fentánes B, Monroy-Caballero C. Evaluación de la tencion prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005; 7(2): 57-60.
36. González-Morales I, Espinosa-Brito A, Alvarez-Amador G. Evaluación en el cumplimiento de la guía práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Revista electrónica de las Ciencias Médicos en Cienfuegos*. 2009; 7(3).

XVIII. ANEXOS

REGISTRO ANTE CLIEIS 1603

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 20/07/2015

M.C. PAULA CHACON VALLADARES

P R E S E N T E

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

ATENCION INTEGRAL DEL CONTROL PRENATAL EN LA ADOLESCENTE ADSCRITA A LA UMF No 80

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

Núm. de Registro
R-2015-1603-22

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: **ATENCIÓN INTEGRAL DEL CONTROL PRENATAL EN LA ADOLESCENTE ADSCRITA A LA UMF NO 80**

Lugar y fecha: Morelia, Michoacán, 2015 Número de registro: R-2015-1603-22

Justificación del estudio: evaluar la calidad de la atención integral del control prenatal en la adolescente adscrita a la UMF No 80.

Procedimientos: se revisará en el sistema de información de Medicina Familiar los expedientes electrónicos con los datos de las atenciones de control prenatal, en busca de datos personales y acciones realizadas en sus consultas, relacionadas con la aplicación y buena práctica de la GPC.

Posibles riesgos y molestias: el estudio no implica riesgos con la salud del paciente. Se revisarán datos confidenciales por lo que se solicitará la aprobación del comité local de investigación y de las autoridades de la UMF 80.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: se podrá establecer si existe adecuada práctica y apego a la guía práctica de control prenatal con enfoque de riesgo en las adolescentes embarazadas.

Privacidad y confidencialidad: se mantendrá el carácter de confidencialidad de los datos personales a los cuales sólo tendrá acceso el personal de salud vinculado con esta investigación.

Investigador Responsable: Dra. Alvarez Huante Yiselín Viridiana TEL: 4431876938

Investigador asociado: Dra. Paula Chacón Valladares TEL: 4431886235

Investigador asociado: Mat. Carlos Gómez Alonso TEL: 4431064756

Comité local de investigación y ética de investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez TEL 455243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre los derechos como participante podrá dirigirse: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre, cargo y firma de Autoridad de UMF No 80

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma testigo

Nombre, dirección, relación y firma testigo

CÉDULA ÚNICA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL



Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Materna Integral		
Delegación	Unidad Médica	Fecha

EVALUACION DE PUNTOS CRÍTICOS Y SUS INDICADORES MMIM 2014												
		Casos evaluados			Identificación del paciente							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
MÉDICO	Materna 01 Proporción de adolescentes embarazadas											TOTAL
I	Cobertura con métodos anticonceptivos en adolescentes											
1	La embarazada adolescente recibió promoción de métodos anticonceptivos											
MÉDICO	Materna 02 Oportunidad de inicio de la vigilancia prenatal											TOTAL
II	Oportunidad diagnóstica											
2	La prueba inmunológica en orina (PIE) se realizó con oportunidad (antes de 7 días a partir de la primera consulta)											
3	Se realizó la confirmación diagnóstica en módulo de vigilancia prenatal											
MÉDICO, ENFERMERA Y TRABAJO SOCIAL	Materna 03 Promedio de atenciones prenatales por embarazada											TOTAL
III	Continuidad de la atención											
4	Se otorgó cita prioritaria a la embarazada											
5	La embarazada de bajo riesgo recibió vigilancia del embarazo y educación personalizada por enfermería (EMI o EEMF)											
6	La embarazada remisa fue reintegrada a la atención médica											
MÉDICO	Materna 04 Proporción de infección genitourinaria en embarazadas											TOTAL
IV	Apego a recomendaciones de GPC Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, 2008											
7	Se identificó oportunamente la infección genitourinaria en embarazadas por laboratorio o clínica											
8	El tratamiento de la infección genitourinaria se realizó de acuerdo a la GPC Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, 2008 y GPC con enfoque de riesgo)											

**CÉDULA UNICA DE EVALUACION DEL PROCESO DE
ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL**

XI EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION MEDICA EN BASE AL APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA VIGENTE EN PRIMER NIVEL											
Casos evaluados en SIMF											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Identificación del paciente											TOTAL
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 El 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 evaluado
											Porcentaje de recomendaciones cumplidas
											Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas
											Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados

CRONOGRAMA

	MARZO -ABRIL 2015	ABRI L 2015	MAY O 2015	JUNI O 2015	JULI O 2015	AGOSTO- DICIEMBR E 2015, ENERO 2016	SEPTIEMBRE -OCUTBRE 2016	FEBRER O 2017
ELECCION DEL TEMA	✕							
RECOPIACION BIBLIOGRAFIA	✕	✕						
ELABORACION DE ANTEPROYECT O		✕	✕					
REGISTRO DE PROYECTO SIRELCIS				✕	✕			
ESTUDIO DE CAMPO					✕	✕		
ANALISIS Y RESULTADOS						✕	✕	
TERMINO Y EXAMEN DE GRADO								✕