

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

“Evaluación de detección de factores de riesgo en la atención del embarazo en establecimientos de salud ambulatoria del Municipio de Yautepec, Morelos 2017”

Proyecto de titulación para obtener grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Flores Bahena José Antonio

Generación 2015

Director:

Dr. Jorge Montes Alvarado

Asesor:

Dra. Elsa María Yunes Díaz

Cuernavaca, Mor., 28 de noviembre del 2018

Resumen

Introducción. El control prenatal es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, incluye la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías; sus objetivos se centran en identificar los factores de riesgo y diagnosticar la condición fetal y materna. Con el fin de mejorar el control prenatal enfocado en la detección de riesgo, en México se han creado la NOM-007-SSA2-2016 y a la Guía de Práctica Clínica, lineamientos de referencia a nivel nacional para guiar en la toma de decisiones clínicas.

Objetivo. Evaluar la detección oportuna de factores de riesgo durante el embarazo en mujeres que tuvieron control prenatal en las unidades médicas de atención ambulatoria de la Joya y de Yautepec, durante el año 2017.

Metodología. Estudio transversal. Para el análisis de la información se incluyeron los expedientes clínicos de mujeres embarazadas que iniciaron control prenatal de enero a junio de 2017, en dos unidades de atención ambulatoria del municipio de Yautepec. Se identificaron los factores de riesgo de cada una de las embarazadas y el momento de su detección. Se realizó estadística descriptiva, así como un análisis bivariado para detectar los factores de riesgos que fueron identificados y para comprobar si existe relación entre los factores de riesgo identificados y los no identificados mediante X^2 .

Resultados. Se incluyeron 203 expedientes, el 88.7% (n=180) presentaba por lo menos un factor de riesgo y el 66.0% (n=134) presentaron dos o más factores, de estos últimos en 27 expedientes detectaron todos los factores de riesgo. Los tres factores de riesgo detectados con mayor frecuencia fueron: antecedentes heredo-familiares con el 56.2% (n=114), examen general de orina o tira de orina alterada con el 36.5% (n=74), e infección de vías urinarias recurrentes con el 34.0% (n=69). Los factores de riesgo que no se registraron fueron el peso de la madre al nacer, con el 85.7% (n=174), consumo de medicamentos con el 75.9% (n=154), índice de masa corporal pregestacional con el 72.4% (n=147) y de parto anterior complicado con el 54.7% (n=111). Solo el 6.4% del total de expedientes cumplían con lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016.

Conclusiones. Existe un deficiente apego a la NOM-007-SSA2-2016 y GPC, con respecto al correcto llenado de historia clínica, integración del expediente y con la búsqueda intencionada

y registro de signos y datos de alarma. La edad de riesgo y tensión arterial fueron los únicos factores donde se realizó la correcta identificación y su registro en cada una de las visitas a la unidad de salud. No se encontró alguna relación entre la presencia de factores de riesgo y el desenlace del embarazo debido a la falta de registro de ambos. Recomendamos implementar acciones de capacitación y concientización en todo el personal de salud sobre correcto llenado del expediente clínico, así como para detectar, registrar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo y obstétrico, con base en la NOM-007-SSA2-2016 y a la GPC.

Índice

Introducción	5
Antecedentes.....	7
Marco teórico o conceptual	13
Planteamiento del problema.....	21
Justificación	22
Objetivos.....	23
Objetivo General	23
Objetivos específicos	23
Metodología	24
Aspectos éticos.....	29
Resultados y discusión.....	30
Conclusiones.....	43
Recomendaciones	45
Limitaciones del trabajo	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexos	52

Introducción

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.⁽¹⁾ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco revisiones por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra). No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. Un factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.⁽²⁾

Se entiende como atención prenatal, también conocido como control prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la mujer embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida; incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica. Dichas acciones se deben registrar en el expediente clínico.⁽³⁾

Las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías; sus objetivos se centran en identificar los factores de riesgo y diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, así como la condición materna. En las mujeres embarazadas que no presentan factores de riesgo, es probable que evolucionen con un embarazo normal, el cual se define como el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afectan a la salud de la madre o del niño. El contrario se manejará como un embarazo de alto riesgo, en el cual existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa los resultados de la gestación.⁽⁴⁾

Desde el primer mes de embarazo y con consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes

gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), además, permite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.⁽⁵⁾

El embarazo de alto riesgo sigue siendo un problema de salud importante para la población mexicana, en términos generales, el 30% de la población obstétrica puede tener un embarazo de alto riesgo, aunque sólo del 10% al 15% presentará riesgo reproductivo alto.⁽¹⁾

Es importante conocer si los médicos y enfermeras de primer contacto realizan la búsqueda intencionada de factores de riesgo en la embarazada que pueda provocar complicaciones y el debido registro en los expedientes clínicos, pues el omitir estas acciones representa falta de conocimientos o de interés por parte de los profesionales de la salud, repercutiendo directamente en el incremento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal, así como el incremento de gastos en la atención.

Antecedentes

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán, organizada por la OMS en el año de 1978, define y otorga reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), con el lema: “Salud para todos en el año 2000”. La asistencia materno-infantil está dentro de los elementos de prioridad para lograrla.⁽⁶⁾

En el campo obstétrico-perinatal, Little señaló hace más de 120 años la importancia y cómo influyen determinadas condiciones, al igual que los antecedentes maternos sobre la salud del niño, así como los primeros factores de riesgo relacionados a la complicación del embarazo. A partir de la segunda mitad del siglo XX se inician los primeros estudios epidemiológicos de sistemáticos de riesgo enfocándose en la predicción de morbilidad perinatal.⁽⁷⁾

La detección de embarazos de alto riesgo durante las consultas prenatales ha sido la base de la mayoría de los programas de salud materno-infantil. En el año 2000, Prual y colaboradores evaluaron la frecuencia de los factores de riesgo en mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en Níger, encontrando que el 55% de las mujeres tenían al menos un factor de riesgo y el 31% tenían más de uno, sin embargo, se encontró que en la primera consulta no se buscaron sistemáticamente los siguientes factores de riesgo: estatura (48.5%), presión arterial (43.6%), glucosuria (40.6%), hemorragia vaginal (38.2%), edema (37.3%), paridad (17%), edad (16%), cesárea previa (15.2%), muerte fetal previa (15.2%) y abortos previos (14.8%), demostrando que en Níger la calidad del cribado de los factores de riesgo durante la consulta prenatal es deficiente.⁽⁸⁾

En una unidad de salud de la Universidad McGill, en Canadá, durante 2001-2007, Shrim y colaboradores, realizaron un estudio donde se encuentra una asociación entre la edad materna joven y el riesgo de tener al menos un resultado adverso en mujeres nulíparas adolescentes contra mujeres de 20 a 39 años. Se encontró que las madres adolescentes tendían a dar a luz más temprano (38.0 vs 39.2 semanas de gestación) y tenían tasas más altas de prematuridad extrema; los bebés de madres adolescentes tuvieron un menor peso al nacer, mayores tasas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), anomalías congénitas y mortalidad combinada perinatal y neonatal.⁽⁹⁾

Además, el estudio de cohorte de 8 años en un hospital (2007-2014) en Rumania (el país con la tasa más alta de embarazo adolescente en Europa), demostró que ser adolescente es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro <37 semanas, la restricción del crecimiento fetal, episiotomía, revisión uterina, APGAR <7 a 1 min, desproporción cefalopélvica y hemorragia postparto. Los siguientes comorbilidades son factores de riesgo de embarazo en la adolescencia: anemia, infección del aparato urinario inferior, pediculosis, condiloma anogenital y tricomoniasis; mientras que el riesgo de diabetes gestacional y preeclampsia fue el mismo en ambos grupos.⁽¹⁰⁾

En Costa Rica se realizó un análisis del control prenatal durante el año 2012 (Alfaro Vargas y Campos Vargas), reportando que los profesionales de la salud tomaron la presión arterial al 100% de las embarazadas que atendieron, al 99% se le realizó la correcta revisión de la frecuencia cardíaca fetal y al 96% se le midió la altura uterina; sin embargo, solo al 46% de las gestantes se realizó búsqueda intencionada de edema en miembros pélvicos. Al 100% de las mujeres se les prescribió análisis de sangre y únicamente al 1.2% de ellas, no se les indicó análisis de orina. Este estudio también incluyó la calidad del correcto llenado del “Carnet Perinatal”, encontrando que el 93% de las embarazadas contaban con su Carnet, sin embargo, el 4% se registró completo y solo el 12% fue llenado correctamente. El 93.9% contaban con datos personales reportados, de ellos, el 10% eran ilegibles. Además, el 93.9% contaban con los antecedentes patológicos familiares y personales, y solo el 9.3% fueron ilegibles. Sobre el registro de antecedentes gineco-obstétricos se hizo reporte en el 92.8%, aunque no se incluyó el embarazo actual dentro del total de las gestas por lo que fueron reportados de forma errónea en el 60.3% de los casos. Con respecto al riesgo obstétrico en el 51.3% se realizó reporte del total los casos, resultados de laboratorios (14.8%) y gráfica de peso (13%).⁽⁵⁾

Día con día el número de mujeres con trastornos nutricionales por exceso va en aumento durante el inicio de su embarazo, estudio realizado entre el 2009 y 2011 en Cuba, Valdés y cols. demuestran que estos trastornos predisponen al binomio durante el embarazo y posteriormente al recién nacido a resultados adversos. Se obtuvieron los siguientes datos significativos: con un 17.7% la preeclampsia-eclampsia; 7.3% con diabetes gestacional, 34.4% con ganancia exagerada de peso, insuficiencia placentaria con un 12.5%; oligohidramnios en 16.7%; además de parto pretérmino y parto instrumentado en 52% y 10.4% respectivamente.⁽¹¹⁾

Según Ticona y cols., en Perú durante el 2010, la frecuencia de factores estresores del retraso del crecimiento intrauterino fueron: nutrición (92%), psicológico (84.8%), social (53%), anatómico (63.6%), tóxico-ambientales (52.9%), vascular (29.8%) infeccioso (14.1%) y metabólico (0.3%). Recalcando la importancia que el recién nacido con retraso del crecimiento intrauterino tuvo mayor morbilidad y mortalidad perinatal.⁽¹²⁾

Dentro de las principales causas de embarazo de alto riesgo detectadas en una unidad hospitalaria de la ciudad de Colima durante el 2004, según Cortes Chávez, fueron atención materna por desproporción conocida presunta, ruptura prematura de membranas amnióticas, cirugía uterina previa, aborto no especificado, atención de partos en adolescentes, hemorragia precoz del embarazo, infección de vías genitourinarias, atención materna por presentación anormal del feto, productos anormales de la concepción, e hipertensión gestacional acompañada de proteinuria significativa.⁽¹³⁾

Chamy y cols. afirman que, en la actualidad a pesar de los conocimientos de los factores de riesgo de una embarazada de presentar preeclampsia, aún no hay un método de predicción para saber quién presentará la enfermedad, ni tampoco si se podría prevenir, así, la clasificación certera de la severidad y el diagnóstico precoz de éstas, son las únicas formas con las que se cuenta para realizar un manejo adecuado y a la vez oportuno. Dentro del periodo del 2001 y 2002, en Chile, se estudiaron 44 mujeres con preeclampsia sin patología asociada divididas en dos grupos; uno con 25 embarazadas con preeclampsia moderada y otro de 19 con preeclampsia severa, y grupo control de 30 embarazadas normales Se concluyó que un valor de uricemia sobre 4 mg/dl, en ausencia de nefropatía, asociado a cifras tensionales altas debe hacer considerar la presencia de una preeclampsia; la alteración de los parámetros de las transaminasas, plaquetas y proteinuria representa casi siempre un signo de gravedad.⁽¹⁴⁾

Dentro de los factores de riesgo asociados con la prematurez (causa de morbilidad y mortalidad perinatales) resaltó la atención prenatal deficiente, los óvulopacentarios e infecciosos, la infección urinaria y cervicovaginitis, así como dos o más factores como las infecciones asociadas con amenaza de parto prematuro que favorece la grave consecuencia de tener un recién nacido prematuro, según un estudio realizado en la ciudad de Monterrey en el 2011 por Coutiño y cols.⁽¹⁵⁾ Ugalde y cols. documentaron en el 2012 que de las adolescentes que habían concluido su embarazo con un parto pretérmino el 54% presentaron infección de vías urinarias

(IVU), y solo 34% de estas su parto fue a término. Respecto a reporte de infección a nivel vaginal, el 57% con parto pretérmino la presentó y sólo el 35% de las adolescentes con parto a término, concluyendo que hay dos veces más riesgo de presentar parto pretérmino con infecciones vaginales y urinarias.⁽¹⁶⁾

Una revisión realizada por Font López y Gutiérrez Castañeda sobre los criterios diagnósticos internacionales para el diagnóstico de diabetes gestacional dentro de los años 2010 al 2016, concluyen que la glucemia en ayuno ≥ 92 mg/dL en el primer trimestre diagnostica diabetes mellitus gestacional; a todas las mujeres con factores de riesgo de diabetes debe tomarse una curva de tolerancia a la glucosa desde la primera consulta.⁽¹⁷⁾ De gran importancia en las mujeres embarazadas, ya que tienen un riesgo elevado de morbilidad durante el embarazo, el parto y después del nacimiento asociándose a hipertensión gestacional y preeclampsia; macrosomía fetal, padecer diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo, entre otras enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico según la revisión realizada por Vigil de Gracia en el 2017.⁽¹⁸⁾

En México, la Norma Oficial Mexicana recomienda la toma de un ultrasonido por trimestre (semanas 11-13.6, 16-22 y 29-30).⁽³⁾ El primero permite estimar la edad gestacional, visualizar el saco gestacional intrauterino a partir de la quinta semana, identificar los ecos fetales y la actividad cardíaca a la sexta semana; en el segundo y tercer trimestres ofrece la posibilidad de evaluar la anatomía fetal para la detección de anomalías estructurales, vigilar el crecimiento y estado de salud del feto, volumen de líquido amniótico y grado de madurez placentaria. Casillas reporta en su estudio en el 2017, que solo el 43% de los ultrasonidos realizados en el segundo trimestre tuvo apego a las normas y un solo un 66.7% en el tercer trimestre ⁽¹⁹⁾

En el 2002 Martínez Campos presenta una tesis sobre la aplicación de instrumentos de evaluación como el PreviGen (semáforo de riesgo), en un hospital escuela de Ginecología y Obstetricia en Veracruz, la cual facilita identificar oportunamente el embarazo de riesgo, desde la evaluación inicial, siendo de gran importancia referir gestantes de riesgo alto, lo que evita realizar cesáreas de urgencia, de esta forma se establecieron parámetros de referencia que no existían con anterioridad, con mejora en la calidad y oportunidad sobre la atención médica brindada a las usuarias. En este estudio se encontró que la IVU activa es el factor de riesgo más frecuente, representando el 48.3% del total, destacándose como un problema de salud

frecuente en el control durante el embarazo; ganancia de peso mayor a 3Kg con un 29.86%, estando presente a finales del embarazo; pérdida de peso con 11.8%, aumento de fondo uterino 8 cm o más o sin aumento del fondo uterino con el 3.12 y 3.4% respectivamente.⁽²⁰⁾

Otro estudio se basó en la búsqueda de algunos factores que se relacionan con la muerte materna dentro de hospitales en el Estado de Morelos, (Hernández y cols.), mediante un estudio de casos y controles durante 1989 a 1991, los resultados obtenidos demuestran que el vivir con la pareja y usar algún método de anticoncepción actúan como factores protectores. Un factor de riesgo de muerte materna hospitalaria, fue el no recibir atención en el primer lugar en donde fue solicitada. Por último, se destaca que los casos asistieron al control prenatal en igual número de consultas que los controles, aunque fue un mes más tarde la primera visita de control prenatal. Este estudio demuestra que se necesita fortalecer el esquema de detección de complicaciones durante el control en el embarazo, mediante un inicio efectivo y temprano de atención prenatal, promover estrategias intersectoriales para una atención oportuna y eficaz a las embarazadas con alguna complicación, además que pone en evidencia la poca información con que cuentan las historias clínicas en los expedientes, siendo éstas de calidad cuestionable.⁽²¹⁾⁽²⁰⁾

Al buscar el comportamiento de las causas muertes en las embarazadas, es decir, las condiciones y factores de riesgo que se relacionan a está, en un estudio epidemiológico transversal de 94 casos de muertes maternas registradas en los servicios de salud de Morelos, entre 2000 y 2004 (Ordaz y cols.), se detectaron que las embarazadas de mayor riesgo son las pertenecientes al rango de edad entre 35 y 40 años. La escolaridad baja y sobre todo a no ser afiliada a algún servicio médico tuvieron mayor riesgo de muerte materna no hospitalaria (76.6%); se destaca en las mujeres sin escolaridad o primaria incompleta que aumenta 11 veces el riesgo morir fuera del hospital. De los casos, 10 embarazadas habían tenido 6 a 10 embarazos previos en sus antecedentes; el 86.5% fue clasificado como muerte materna directa, dato importante para analizar. Se concluyó como principales causas de muerte: enfermedad hipertensiva en el embarazo (como primera causa) con 31.4%, hemorragia obstétrica como siguiente causa de muerte con 30.3%; el aborto le sigue con 11.2% y los problemas en el parto en la cuarta posición con 4.4%, dentro de este estudio sugiere desarrollar programas de control del embarazo más eficientes, con enfoque de riesgo materno-infantil.⁽²²⁾

Álvarez y cols. analizaron en el 2014 el control prenatal en las usuarias embarazadas menores de 19 años en una clínica de primer contacto en Morelia, estado de Michoacán, de acuerdo con los lineamientos de la Guía de Práctica Clínica (GPC) donde se concluyó que el apego no es adecuado, sólo en un 69.19% hubo apego; la prueba inmunológica para diagnóstico de embarazo sólo se realizó en el 18.1% de los casos; en el “módulo de vigilancia prenatal” la confirmación del embarazo fue de 79.8%; 88.3% se indicó cita de prioridad; realizándose envío al módulo de “Enfermera Materno-Infantil” al 36.2%; con respecto a la detección de infección genitourinaria solo el 58% detectado oportunamente y solo en el 45.7% se indicó terapia oportuna.⁽²³⁾

En el contexto del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, tienen como objetivo que los ciudadanos tengan asegurado el acceso a los servicios de salud en todo el país, con garantía en el acceso efectivo a estos servicios, con calidad, cerrando las brechas que existen en salud entre diferentes grupos sociales y regiones para fortalecer la atención oportuna y de calidad en la atención prenatal, con énfasis en redes entre las instituciones de servicios de manera efectiva, además de “...acciones a favor de la salud materna y perinatal dirigidas a la promoción de la consulta pregestacional, la prevención del embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la planificación familiar post evento obstétrico, el control del embarazo con enfoque de riesgo, referencia para evaluación médica especializada y atención oportuna de las emergencias obstétricas”.⁽²⁴⁾

Marco teórico o conceptual

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), apunta que los derechos sociales junto con los derechos económicos y culturales son “los derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación”⁽²⁵⁾. Por lo tanto, tenemos que la “atención a la salud” es reconocida como un derecho humano e identificado como el derecho a la salud, que mal ejercido puede llegar a atentar contra la vida de las personas.⁽²⁶⁾

El Derecho a la Salud, se basa en tener acceso a instalaciones, bienes y servicios relacionados con salud, tener dentro del ámbito laboral y ambiental condiciones salubres, protegidos contra cualquier tipo de enfermedad epidémica, además de tener derechos sexuales y reproductivos.⁽²⁷⁾ El derecho a la “protección de la salud” apareció en México durante el año de 1983, dentro de la reforma en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 3 de enero, manifestándose en el artículo 4, manifestando que:⁽²⁸⁾

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

El derecho a protección de la salud tiene como finalidad:⁽²⁹⁾

I. “El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. *El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*

VI. *El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y*

VII. *El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”.*

Es deber del Estado incluir este derecho fundamental y constituye una potestad exigida para el particular. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hace referencia para el acceso a los servicios de salud, a la ley reglamentaria llamada “Ley General de Salud”, la cual es la que va a definir la base y modalidad de ese acceso.⁽²⁸⁾

Dentro de los derechos que se derivan o desprenden del derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva está estrechamente relacionado con el tema que se aborda, si se ubica qué se entiende por salud sexual y reproductiva pues este concepto otorga los elementos básicos que se pueden identificar dentro del derecho que se pretende comentar: La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social; es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) define a la salud sexual y reproductiva como: *“el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y que uno de los puntos principales es la prevención de la mortalidad materna a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna”.*⁽³⁰⁾

Los servicios de salud son un componente esencial dentro de los sistemas de salud, y representan una síntesis del esfuerzo colectivamente organizado con el fin de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud de la población.⁽³¹⁾

Con la creación de los servicios de salud a través de cooperativas en los estados, los servicios de higiene y asistencia materno-infantil, en coordinación con la dirección respectiva, en todos los servicios se llevó el cuidado de la futura madre desde antes de la concepción, durante toda la fase prenatal y la atención oportuna del parto y el puerperio.⁽³²⁾ Los Servicios de Salud de

Morelos tiene su origen con la creación de los Servicios Coordinados de la Salud Pública en 1943, servicios que desarrollaron un importante papel en el campo de la Salud Pública. El 27 de noviembre de 1996 se crea Servicios de Salud de Morelos, como organismo descentralizado, iniciando una etapa histórica institucional, quedando a cargo del gobierno Ejecutivo de Morelos (aún con apoyo federativo), como responsable en la prestación de los servicios de salud a población sin derechohabiencia. La estructura con la que inicia sus actividades es la siguiente: un Director General; 4 Direcciones de área: Servicios Médicos; Regulación Sanitaria; Planeación y Evaluación y Administración; 14 Subdirecciones, que incluyen 5 Hospitales, un Laboratorio Estatal de Salud Pública y un comisario; y 35 Departamentos que incluyen 3 Jurisdicciones Sanitarias: Cuernavaca, Jojutla y Cuautla,⁽³³⁾ dentro de ésta última se encuentra el municipio de Yautepec, donde se realizará este estudio

La evaluación constante de todas las acciones y resultados logrados por los diferentes sistemas de salud es una de las principales expresiones de la rectoría del Estado, así se garantiza de mejor forma que el objetivo estratégico se pueda alcanzar. Para evaluar a algún sistema de salud se puede realizar por lo menos en dos niveles, el nivel de importancia para este estudio es aquel en el que se encuentran los procesos que el sistema establece en la forma de programas y servicios de salud, por lo que el enfoque que se realiza es evaluación al servicio de atención prenatal con enfoque a los riesgos en las usuarias.⁽³¹⁾

El término evaluación denota una generalización basada en la observación de hechos; teniendo en cuenta que es imposible observar todo lo que ocurre, la evaluación se basa siempre en algún tipo de muestreo, por ello el objetivo de todas las técnicas de evaluación consiste en sistematizar el modo de recoger muestras de las observaciones y la forma de registrarlas, acumularlas y utilizarlas; la meta es aumentar la idoneidad (precisión y utilidad) de las generalizaciones derivadas de las muestras.⁽³⁴⁾

Se entiende por competencia al conjunto de actitudes, basadas en valores, de conocimientos y de habilidades, que de manera recurrente y espontánea producen comportamientos observables, relevantes para el buen rendimiento de una persona en su trabajo profesional; para evaluar las competencias se realizan una serie de preguntas sobre comportamientos.⁽³⁵⁾ En este estudio se evaluaron de forma indirecta mediante los expedientes clínicos de control prenatal.

El término de calidad se ha considerado como un atributo que no debe de faltar dentro de la atención médica, de gran importancia para llegar a los objetivos nacionales de salud y primordial para el sustento de los sistemas de salud. Existe el antecedente en México de iniciativas con objeto de mejora en la calidad de los servicios, estos datan desde 1956, como consecuencia durante el año 2001 se crea una estrategia a nivel nacional, la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”.⁽³⁶⁾

Incidir en el acceso efectivo requiere del fortalecimiento nacional para mantener la calidad de los servicios de salud públicos, capaces de responder a las necesidades de la gente y además sean atractivos para toda la población, estos servicios tienen que ser capaces de atender en un tiempo razonable, solucionar el problema de salud utilizando datos claros y que ofrezcan un trato de respeto y digno a la población.⁽³⁷⁾

El control prenatal es definido como el conjunto de acciones que son realizadas a la mujer gestante con el objetivo de tener el mejor nivel de salud de ésta y de su hijo. Para realizar un control eficaz durante el embarazo, debe de ser:⁽³⁸⁾

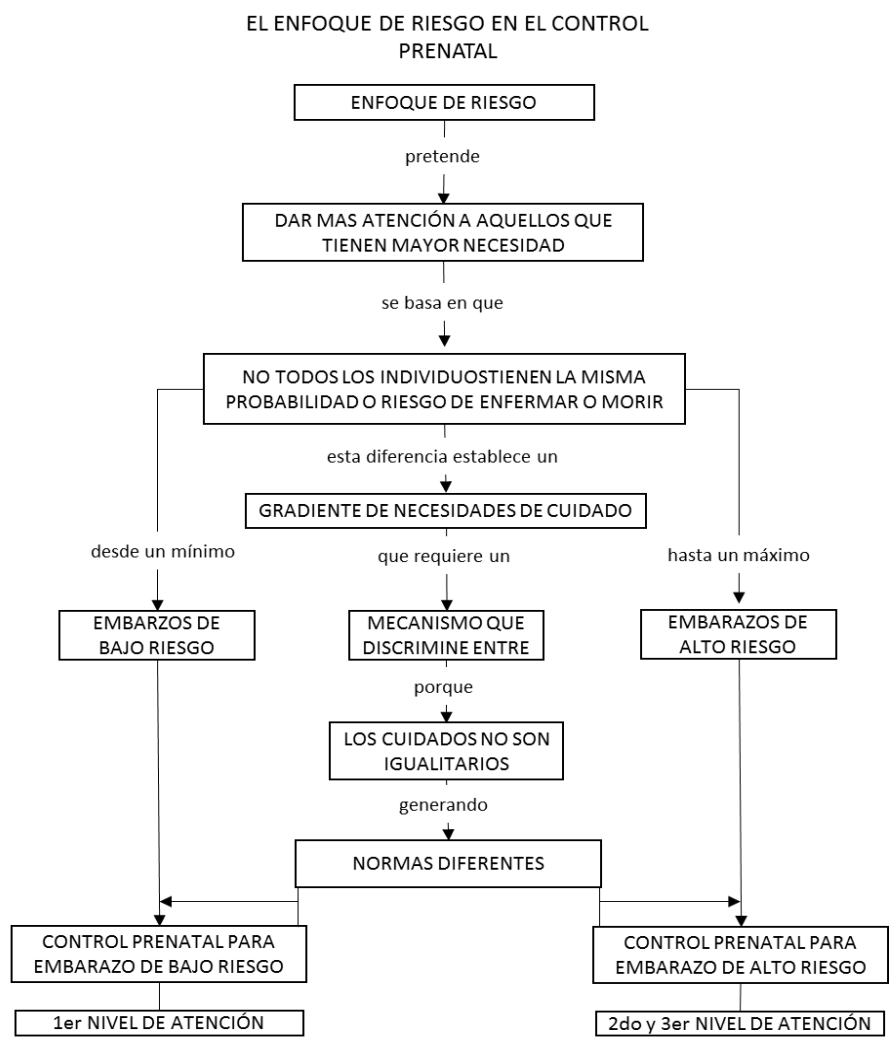
“Precoz. El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de gestación que permita la ejecución precoz de las acciones de momento, protección y recuperación de la salud y la identificación oportuna de embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso”.

“Periódico. La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo de la embarazada. Las de alto riesgo necesitan un mayor número de consultas que las de bajo riesgo”.

“Completo. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud”.

“Extenso. Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal que se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal”.

El concepto riesgo es antiguo como la existencia del ser humano, con él se describe, la probabilidad de perder algo, o de tener resultados no deseados, negativos o peligrosos. El riesgo está constituido por dos componentes: la probabilidad o posibilidad de que un resultado negativo ocurra y que tan grande o pequeño es lo que resulta. Así, mientras más grande es la probabilidad y pérdida potencial, mayor es el riesgo. Un riesgo refleja probabilidad de un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte), ejemplos de esto son la primera gesta, multiparidad, embarazo en extremos de la vida, aborto previo y desnutrición.⁽³⁹⁾ Un “Factor de Riesgo” son las características o circunstancias que se detectan a una o a un conjunto de personas que pueden estar asociadas con la probabilidad de estar expuestas al desarrollo o padecimiento de un proceso mórbido, asociado a un cierto tipo de daño a la salud”.⁽⁶⁾



Fuente: Díaz et al., 1986

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las embarazadas tienen las mismas probabilidades o riesgos de enfermar o morir, en ciertas embarazadas dichas probabilidades están aumentadas más que en otras embarazadas (Figura 1). En las embarazadas de bajo riesgo la necesidad de salud se puede resolver mediante actividades más sencillas (dentro de la atención primaria), el embarazo de riesgo alto necesita en la mayoría de veces de actividades con más especialidad.⁽³⁸⁾

Los factores de riesgo pueden ser causa o síntomas, pero lo importante es que son identificables antes de que el acontecimiento o enfermedad predecible ocurra y su identificación permite al sistema de salud intervenir en cualquiera de las etapas que conducen a la enfermedad.⁽⁴⁰⁾ Se espera que para las gestantes sin factores de riesgo y presenten un embarazo sin ninguna complicación, la evolución sea favorable; al contrario, en las embarazadas con riesgo alto, existe un factor de la madre o fetal, que afectará adversamente los resultados de la gestación.

La vigilancia de las embarazadas de alto riesgo se inicia en cuanto se confirme (mediante pruebas) el embarazo y riesgo obstétrico, la frecuencia de la consulta se inicia como establece la norma en el embarazo normoevolutivo, solamente se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada embarazada de forma particular.⁽¹³⁾ A partir de los últimos diez años se ha hecho importante el estudio de los factores de riesgo para la mortalidad materna, dándole un papel fundamental como factores para prevenir la muerte materna, a través de trabajar en detectar oportunamente las complicaciones durante el embarazo, durante el control prenatal, y sistemas de referencia en la necesidad de una atención que requiera un nivel más complejo ⁽²¹⁾

Los riesgos para mortalidad materna se relacionan con diversas condiciones, partiendo de antecedentes biológicos, antecedentes hereditarios, sociales, económicos, psicológicos, cultural, emocional, ambiental y de comportamiento, de gran importancia también el acceso a los servicios de salud. Se ha hecho más enfoque en los factores que se relacionan con las características de la mujer: las edad extrema, la multiparidad, mal nutrición, nivel bajo de escolaridad, marginación; del otro lado se encuentran los estudios que evalúan todo lo relacionado con atención hospitalaria, incluyendo cirugía por cesárea, tipo de hospital y cuál que nivel de calidad se tuvo al atender a la embarazada.⁽²²⁾

La definición de la OMS de muerte materna es *“La defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o en el transcurso de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio de éste, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”*.⁽⁴¹⁾

Los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (preeclampsia-eclampsia), hemorragias, la embolia pulmonar obstétrica y la sepsis son las principales causas de muerte en México. Es de gran importancia que las embarazadas puedan identificar los signos de alarma, como cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido transvaginal.⁽⁴²⁾ En 2004, los centros asociados con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OMS) hacen énfasis de los factores en la atención materna cuyo el aumento de tiempo influye en los índices de muerte materna:

1. Que se conozca los signos y síntomas de las complicaciones.
2. Acudir a una unidad médica en salud ante complicaciones del embarazo.
3. Prestación de los servicios de urgencias por parte de las instituciones de la salud y
4. Prestación de servicios de calidad.⁽⁴²⁾

Gran número de muertes perinatales están relacionadas con alguna enfermedad subyacente de la madre y los problemas del embarazo, el parto y puerperio, para prevenir esta problemática es indispensable una adecuada y completa atención prenatal. Además, para que sea efectiva dicha acción es necesario contar con personal capacitado en todos los niveles de atención, con énfasis en las regiones rurales del país, donde no hay aún suficiente información.⁽⁴³⁾

El 6 de enero de 1995 en el DOF se publica la Norma Oficial Mexicana “NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, vigente al día posterior de ser publicada. El 5 de noviembre de 2012, se publicó en el DOF el “Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido”, con objeto de que, dentro de los dos meses posteriores a la publicación, los interesados presentarán sus observaciones ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización. El 17 de febrero de 2016 se aprobaron las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas por lo que se expide la 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”.⁽³⁾

En la NOM-007-SSA2-2016, publicada el 7 de abril del 2016, tiene por objeto normar los criterios para la atención y vigilancia de la salud de la mujer embarazada, además del parto y puerperio junto con la atención del recién nacido. Estas actividades tienden a favorecer el desarrollo normal del proceso gestacional y la prevención del desarrollo de alguna complicación, mejorar la sobrevivencia y calidad de vida de la madre y el feto, por último a contribuir a una atención con calidez.⁽³⁾

“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”.

La “Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo” se encuentra dentro de las guías del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción del “Programa Sectorial de Salud 2007-2012” con la finalidad de establecer una referencia nacional para la ayuda en la toma de decisiones clínicas, todas estas con sustento en evidencias. La guía se enfoca al personal del primer nivel de atención para así tener acciones estandarizadas sobre la atención prenatal.⁽⁴⁴⁾

Planteamiento del problema

Es necesario llevar a cabo un adecuado control prenatal que incluya acciones y procedimientos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.⁽⁴⁴⁾

El control prenatal y la sospecha de riesgo en una mujer embarazada en el primer nivel de atención es una actividad primordial por lo que es sumamente vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia.⁽³⁾

Hasta el momento no se han realizado estudios en las unidades médicas de atención ambulatoria del estado de Morelos para evaluar la detección de los factores de riesgo en las mujeres embarazadas, y si esa detección se logra de manera oportuna, por lo tanto, se desconoce si los profesionales de la salud realizan una adecuada identificación de los factores que puedan contribuir a las complicaciones de la salud materno-fetal.

Por lo anterior se plantó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una correcta detección de factores de riesgo en la atención prenatal en establecimientos de salud ambulatoria?

Justificación

México ha buscado posicionarse a nivel mundial en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) respaldando su compromiso y aprobando la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible promovida desde Naciones Unidas, donde el objetivo 3, el de Salud y Bienestar, contempla disminuir la tasa de mortalidad materna.

En México la atención a la salud materno-infantil es uno de los grandes retos en el campo de la salud pública. Las condiciones en las que se brinda la atención prenatal, incluyendo la detección oportuna de factores de riesgo en el embarazo, es un indicador de la calidad de los servicios preventivos.⁽⁴⁵⁾ La NOM-007-SSA2-2016 y a la GPC son instrumentos de referencia a nacional para guiar en la toma de decisiones clínicas con sustento, estandarizado e integrando la atención prenatal. Estos lineamientos fueron hechos para mejorar el control prenatal enfocado a la detección de riesgo por parte del personal de salud de primera atención.⁽⁴⁴⁾

Para la Salud Pública es importante conocer si los médicos y enfermeras de primer contacto realizan la búsqueda intencionada de factores de riesgo en la embarazada que pueda provocar complicaciones en el binomio madre-hijo, antes, durante y después del parto, y el debido registro en los expedientes clínicos, pues el omitir estas acciones representa falta de conocimientos o de interés por parte de los profesionales de la salud, repercutiendo en el incremento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal, así como el incremento de gastos en la atención de complicaciones y secuelas en la madre y/o en el producto.

Por tal motivo se realizó un estudio sobre el proceso de atención a mujeres embarazadas enfocado en la detección oportuna de factores de riesgo en las unidades de salud del primer nivel de atención, con el fin de evaluar el apego a la NOM-007-SSA2-2016 y de la GPC. De este modo se pudieron identificar áreas de oportunidad, debilidades, avances y logros en los procesos de detección y registro del embarazo de alto riesgo, además de recomendaciones para realizar cambios en los procedimientos de la atención en el embarazo normados, garantizar que se cumplan en el funcionamiento de los servicios de atención a la salud materna y así contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna. Este estudio viene a reforzar la importancia en el que recae el compromiso a nivel Nacional y Estatal a nivel mundial sobre los ODS.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la detección oportuna de factores de riesgo durante el embarazo en las unidades médicas de atención ambulatoria de la Joya y de Yautepec, durante el año 2017.

Objetivos específicos

- Evaluar el apego a la normatividad en el llenado, integración, seguimiento de factores de riesgo dentro de los expedientes clínicos prenatales con base a NOM-007-SSA2-2016.
- Caracterizar los factores de riesgo de las embarazadas de las unidades médicas estudiadas.
- Examinar competencias del personal de salud sobre detección de factores de riesgo en embarazo con base en NOM-007-SSA2-2016 dentro de los expedientes clínicos de control prenatal.
- Identificar aspectos críticos sobre atención prenatal y factores de riesgo dentro de la NOM-007-SSA2-2016 y de la GPC.

Metodología

Tipo de estudio:

Estudio observacional, descriptivo, transversal,

Universo de estudio

El universo estuvo constituido por los expedientes clínicos de mujeres embarazadas que tuvieron control prenatal durante el primer semestre del año 2017 en una de las de dos unidades médicas de atención ambulatoria pertenecientes al municipio de Yautepec, Morelos. La primera unidad médica fue el Centro de Salud de Yautepec que, de acuerdo con sus registros, durante el 2017 el total de mujeres embarazadas fue de 674 de las cuales 385 iniciaron su control dentro del periodo enero a junio 2017. La segunda unidad de salud fue el Centro de Salud de La Joya, con un registro de 87 mujeres embarazadas en control prenatal, de las cuales 65 iniciaron su control dentro del periodo enero a junio 2017. Por lo tanto, el número total de mujeres embarazadas que tuvieron control prenatal durante el primer semestre del año 2017 en las dos unidades fue de 450.

Fuentes de datos

Las fuentes de información fueron los expedientes clínicos de mujeres embarazadas que iniciaron control prenatal de enero a junio durante el 2017, en el Centro de Salud de Yautepec y en el Centro de Salud de La Joya. Se revisaron las historias clínicas individuales, notas médicas y notas de enfermería de donde se obtuvieron las variables a analizar. Para el manejo de la información, se realizó una máscara de captura en Epi Info 7.2 para ingresar todas las variables de interés.

Criterios de inclusión para fuentes de información:

- Expedientes clínicos que iniciaron y tuvieron control prenatal durante el 2017
- Expedientes de mujeres embarazadas que hayan concluido su control prenatal con el registro de resolución del embarazo.

Criterios de exclusión para fuentes de información:

- Expedientes con inicio de control prenatal en el 2016
- Expedientes incompletos
- Expedientes sin registro de resolución del embarazo

-

Criterios de eliminación:

- Expedientes con información no clara.

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra para la proporción de una población finita empleando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

La cual considera los siguientes parámetros:

- Tamaño de la población (N) = 450
- Valor crítico para el nivel de confianza (Z_{α}) = 1.96
- Proporción esperada desconocida (p) = 0.50
- $1 - p$ (q) = $1 - 0.50 = 0.50$
- Precisión (d) = 5%

El resultado del cálculo de tamaño de muestra fue de 207 expedientes clínicos, y se utilizó un muestreo aleatorio simple.

Variables en estudio

Variable dependiente

Detección de factor de riesgo en el embarazo.

Variables Independientes

Edad, numero de embarazos, número de abortos u óbitos, antecedentes familiares primer grado, peso al nacer, Índice de Masa Corporal pregestacional, violencia, depresión, presión arterial, uso de medicamentos, uso de sustancias tóxicas, VIH/Sífilis, alteración tira orina, IVU recurrentes, Ultrasonido en semana 10-13, tamiz diabetes gestacional, peso de hijos anteriores.

Operacionalización de las variables

DEPENDIENTE				
Variables	Definición	Índice	Tipo de variable	Medición
Detección de riesgo en el embarazo	1 = expedientes en los que se registraron factores de riesgo. 2 = expedientes en los que se registraron los factores de riesgo existentes.	1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporciones

INDEPENDIENTES				
Variables	Definición conceptual	Índice / Clasificación	Tipo de variable	Medición
Historia Clínica completa	Registro en el expediente clínico de la descripción detallada, ordenada y completa relevante en relación de la salud de la embarazada	1 = No 2 = Si	Cualitativa nominal	Proporción
Consulta de identificación del riesgo	Número de la consulta de control prenatal en el que el médico identificó el factor de riesgo	0 = Nunca se identificó FR 1 = 1a consulta 2 = 2a consulta 3 = 3a consulta 4 = 4a consulta 5 = 5a consulta o posterior	Cualitativa ordinal	Proporciones
Edad	Número de años cumplidos de la embarazada	De 10 a 45 años	Cuantitativa discreta	Media
Edad de riesgo	Edad considerada por la OMS como de alto riesgo durante el embarazo	1 = De 16 a 34 años 2 = ≤15 años 2 = ≥35 años	Cualitativa nominal	Proporción
Paridad	Número de expulsiones de fetos por vía vaginal previos de la paciente	0 = Sin registro 1 = De 0 a 3 partos 2 = 4 o más partos	Cualitativa nominal	Proporción
Parto anterior complicado	Complicación durante el evento obstétrico anterior	0 = Sin registro 1 = No complicado 2 = Complicado	Cualitativa nominal	Proporción
Aborto / óbito	Antecedente de extracción o expulsión del producto no viable o muerto intrauterino	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción

Cesárea previa	Antecedente de intervención quirúrgica para extracción del feto dentro de los últimos dos años	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Antecedentes heredo familiares	Familia con antecedente de primer grado con enfermedad de importancia	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Antecedente de enfermedad de base	Antecedente personal de enfermedad crónica de importancia para el embarazo	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Peso al nacer de la madre	Peso que la madre tuvo al nacer	0 = Sin registro 1 = <4kg 2 = ≥4Kg	Cualitativa nominal	Proporción
IMC pregestacional	Índice sobre la relación entre el peso y la altura de la madre antes del embarazo	0 = Sin registro 1 = <30 2 = ≥30	Cualitativa nominal	Proporción
Violencia	Uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia la embarazada, que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo y/o abandono	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Presión arterial elevada	Presión arterial alta ≥140/90 o con antecedente previo	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Uso de medicamentos	Antecedente de medicación en la paciente por alguna patología de base	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
Uso de sustancias tóxicas	Antecedente de toxicomanías previas o actuales	0 = Sin registro 1 = No 2 = Sí	Cualitativa nominal	Proporción
VIH	Prueba rápida o de laboratorio para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana realizado durante el embarazo	0 = Sin registro 1 = Negativo 2 = Positivo	Cualitativa nominal	Proporción
Sífilis	Prueba rápida o de laboratorio para la detección de sífilis, realizado durante el embarazo	0 = Sin registro 1 = Negativo 2 = Positivo	Cualitativa nominal	Proporción

EGO o tira de orina alterada	Prueba de laboratorio o rápida de orina realizado durante la consulta de control prenatal, con detecciones de concentraciones fuera del límite permitido tales como nitritos, esterasa leucocituria, proteínas, glucosa, cetonas y sangre.	0 = Sin registro 1 = Negativo 2 = Positivo	Cualitativa nominal	Proporción
IVU recurrentes	Tres o más episodios de Infección de vías urinarias en los últimos 12 meses, o dos episodios en seis meses.	0 = Sin registro 1 = Negativo 2 = Positivo	Cualitativa nominal	Proporción
USG semana 10 -13 gestación	Ultrasonido obstétrico realizado dentro de la 10a a la 13a semana de gestación	0 = Sin registro 1 = Sin alteraciones 2 = Con alteraciones	Cualitativa nominal	Proporción
Tamiz diabetes gestacional	Prueba de laboratorio realizado entre la semana 24 y 28 para la medición de glucosa plasmática postcarga 50 gr de glucosa	0 = Sin registro 1 = <130 mg/dl 2 = ≥ 130 mg/dl	Cualitativa nominal	Proporción
Glucemias elevadas en ayuno	Glucemia en ayuno mayor o igual que 126mg/dl	0 = Sin registro 1 = No 2 = Si	Cualitativa nominal	Proporción

Análisis de la información:

Una vez que se capturó toda la información de los expedientes clínicos en Epi Info 7.2 (Anexo 1), se exportó a una base de datos de Microsoft Office Excel 2016 para un análisis exploratorio y con el paquete estadístico IBM SPSS 24, se realizó un análisis univariado y estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (rango y desviación estándar) de las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se reportarán frecuencias simples y proporciones. Los resultados se resumieron en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Posteriormente, se realizó un análisis bivariado para detectar los factores de riesgos en las pacientes embarazadas que fueron identificados y reportados en el expediente clínico, y se determinó si existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo identificados y su detección mediante la prueba X^2 .

Aspectos éticos

Esta investigación se sometió a los Comités de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública para su aprobación.

De acuerdo a la etapa en la que se encuentra este estudio, se trató de un diseño observacional. Todos los procedimientos y actividades realizadas se apegaron a las disposiciones legales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, que considera este proyecto en la categoría I, como una “investigación sin riesgo” debido a que emplean técnicas y métodos de investigación documentales, tales como expedientes clínicos y no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, ya que estos procedimientos ya fueron realizados.⁽⁴⁶⁾

Se cumplieron los principios éticos para las investigaciones médicas en la declaración de Helsinki y en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos, cuidando en todo momento la privacidad y confidencialidad de la información de las pacientes.⁽⁴⁷⁾

Se realizó una carta de autorización dirigida a los Servicios de Salud de Morelos, con el compromiso de utilizar la información únicamente para este estudio, considerando que dicha investigación constó de una serie de apartados en los que se detallan los objetivos del proyecto, la descripción del investigador, además, los datos de contacto para dudas y aclaraciones posteriores, finalizando con la firma de autorización del mismo y de un testigo.

La base de datos y resultados de la investigación son resguardados en el equipo de cómputo personal del investigador principal, el cual cuenta con contraseña para evitar que personas externas tengan acceso a la información.

Los resultados obtenidos de la priorización y análisis de datos que se entregarán a las autoridades no tendrán modificaciones en su estructura original asegurando la veracidad de la información. Se declara que no existe conflicto de intereses de ningún tipo, ya sea financieros, políticos o de otra índole con terceras personas, a esta investigación.

Al final del estudio la información es entregada a las autoridades competentes para usos que a ellos convengan.

Resultados y discusión

En la revisión de expedientes se seleccionaron aleatoriamente 280 expedientes que iniciaron su control prenatal dentro del periodo comprendido de enero a junio del 2017, de éstos se excluyeron 77 por no tener evidencia de conclusión de embarazo. Para el análisis de la información se incluyeron 203 expedientes que cumplieron con los criterios de selección, de los cuales el 51.7% (n=105) correspondieron al Centro de Salud de Yautepec, y el 48.3% (n=98) correspondieron al Centro de Salud de La Joya.

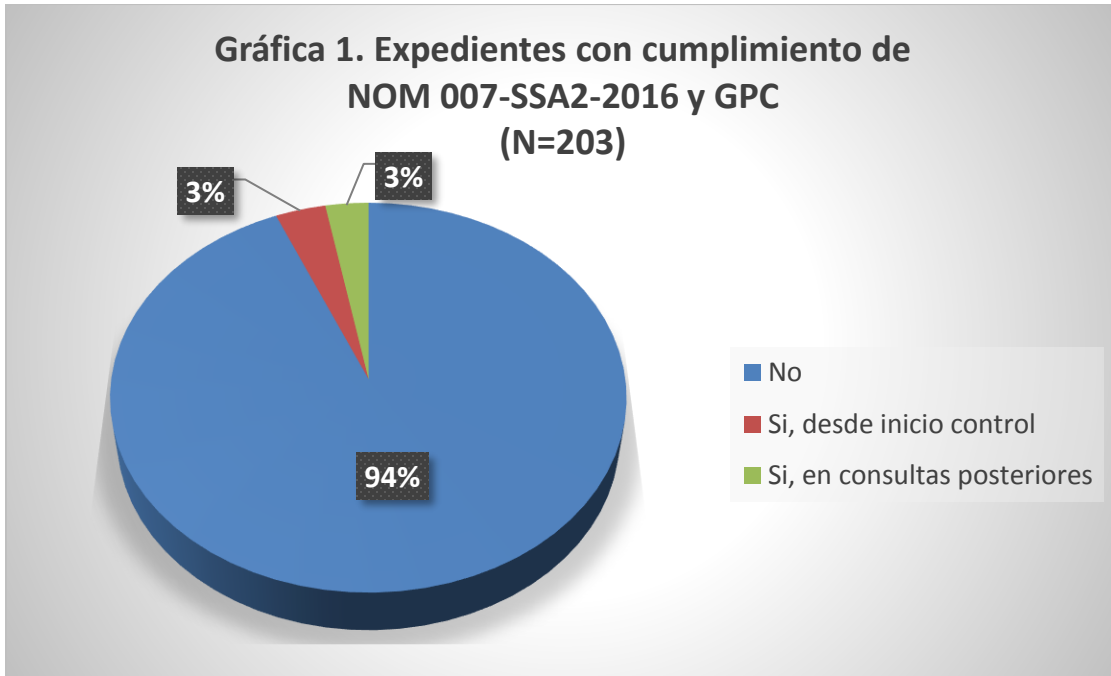
El rango de edad de las embarazadas fue de 13 a 39 años, con una media de 23.7 años (DE ± 5.6) y una moda de 19 años, siendo el grupo de 20 a 24 años el más frecuente con el 36% (n=73) como se muestra en el cuadro I.

Cuadro I. Rango de edad de embarazadas.

Grupo edad	Mujeres Embarazadas (n)	Porcentaje
≤ 15 años	5	2.50%
16 a 19 años	45	22.20%
20 a 24 años	73	36.00%
25 a 29 años	46	22.70%
30 a 34 años	23	11.30%
35 a 39 años	11	5.40%
Total	203	100%

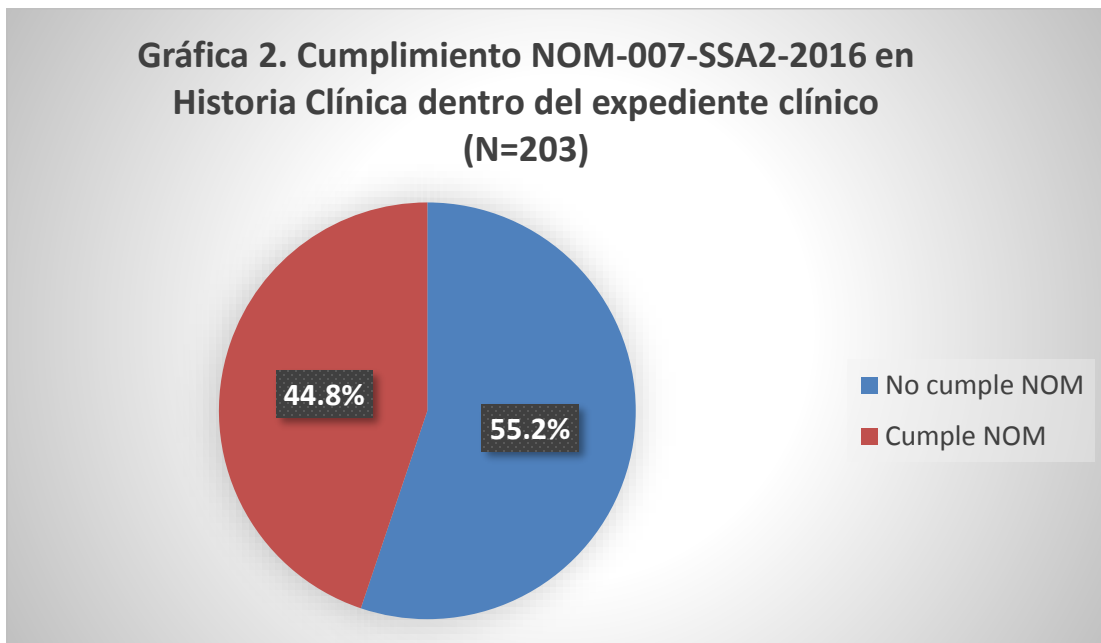
Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

Al evaluar de manera generalizada el apego a la normatividad dentro de los expedientes clínicos se encontró que sólo el 6.4% (n=13) cumplían con lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016 y GPC, es decir, 3.4% (n=7) de los expedientes se apegaban a la norma desde la apertura de expediente y el 3.0% (n=6) se apegaron durante el seguimiento del control; el 93.6% (n=190) de los expedientes no cumplían con lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 y GPC (Gráfica 1).



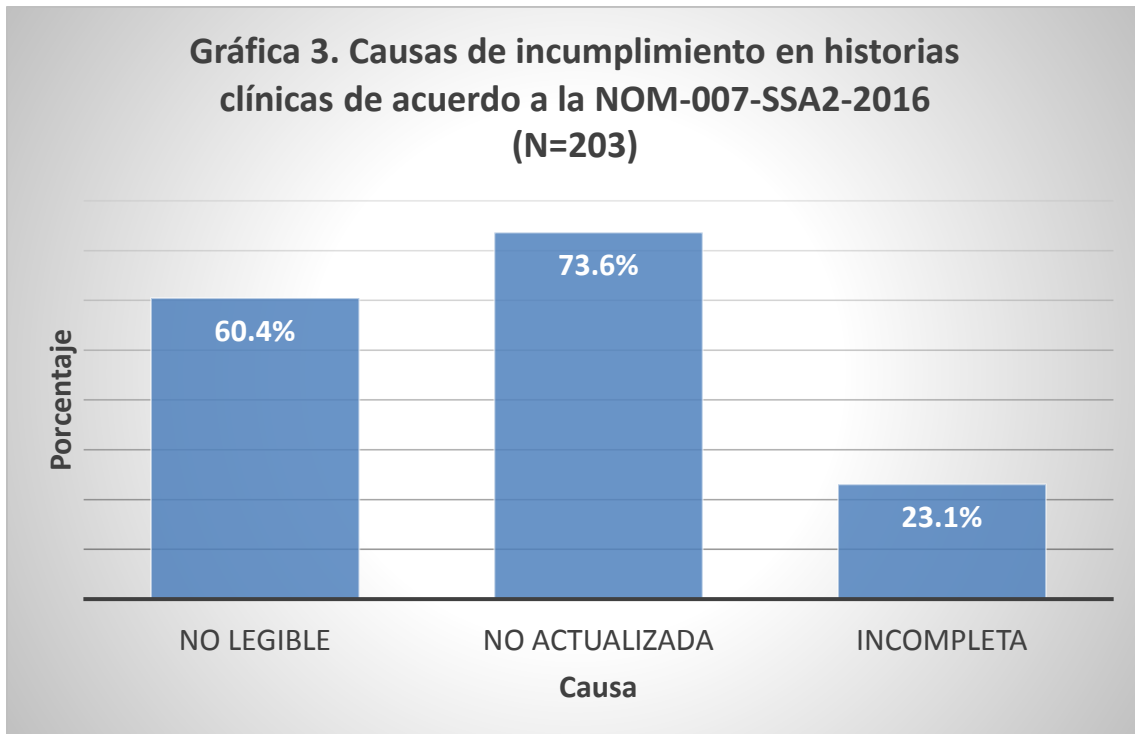
Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

El 44.8% (n=91) de los expedientes contaban con la historia clínica completa de acuerdo con los criterios establecidos en la NOM-007-SSA2-2016 y el 55.2% (n=112) tenían historia clínica con criterios de incumplimiento a la NOM (Gráfica 2).



Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

Dentro de los 112 expedientes que no cumplían con los criterios de la NOM-007-SSA2-2016, la causa más frecuente fue la falta de actualización, con el 73.6% (n=67), seguido de las que no se podían leer y/o entender por el tipo de letra con el 60.4% (n=55), por último el 23.1% (n=21) tenía campos incompletos dentro de la historia clínica (Gráfica 3). Se identificó que el 57.1% (n=12) de las historias clínicas incompletas no contaban con el apartado de antecedentes no patológicos, y al 47.6% (n=10) le faltó la exploración física (Gráfica 4).

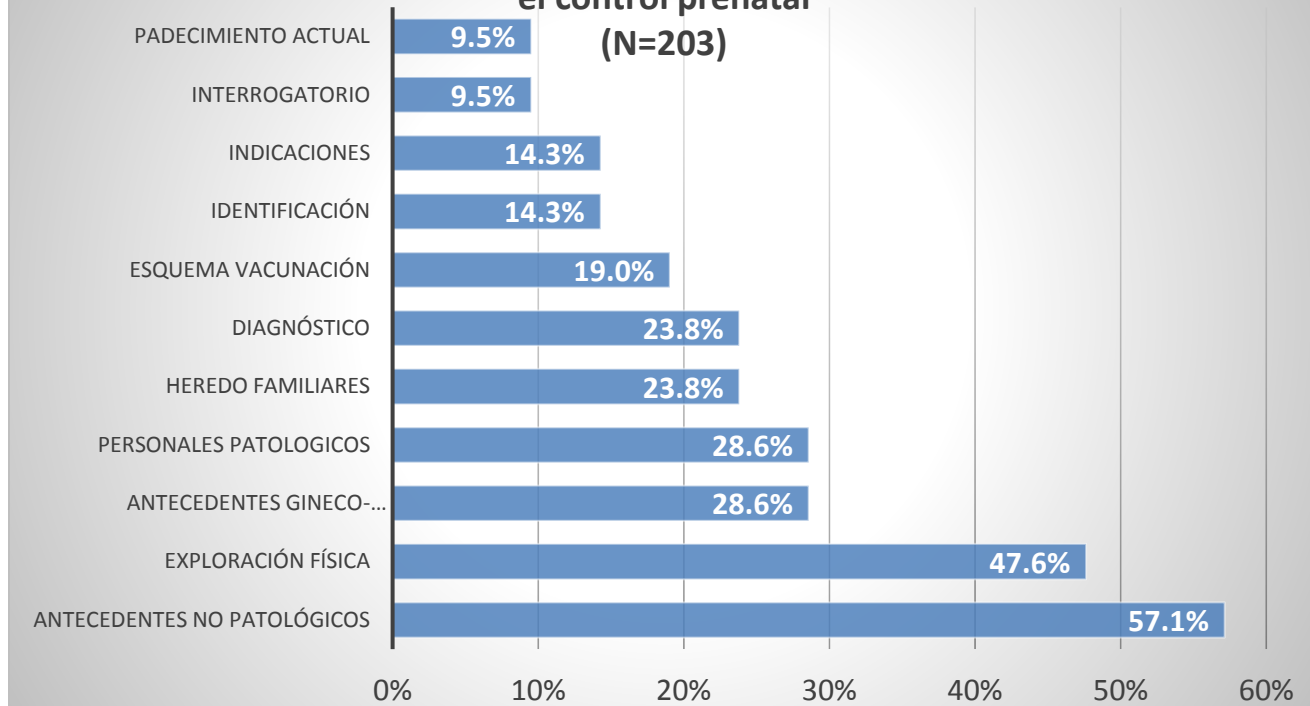


Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yauatepec 2017.

Del total de las embarazadas, el 88.7% (n=180) presentaba por lo menos un factor de riesgo y el 66.0% (n=134) presentaban dos o más factores de riesgo, de estos últimos únicamente en 27 expedientes se encontró evidencia de la detección de todos los factores de riesgo durante el control prenatal.

El 100% (n=203) de las embarazadas tuvieron por lo menos dos consultas de control y con registro de resolución de embarazo, ya que iniciaron control durante el tercer trimestre, pero no fue posible detectar tres o más factores de riesgo con sólo dos consultas. Más del 50% de las embarazadas contaron con siete o más consultas, con una moda de ocho consultas en total (22.2%, n=45 embarazadas).

Gráfica 4. Apartados de la historia clínica no registrados durante el control prenatal



Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

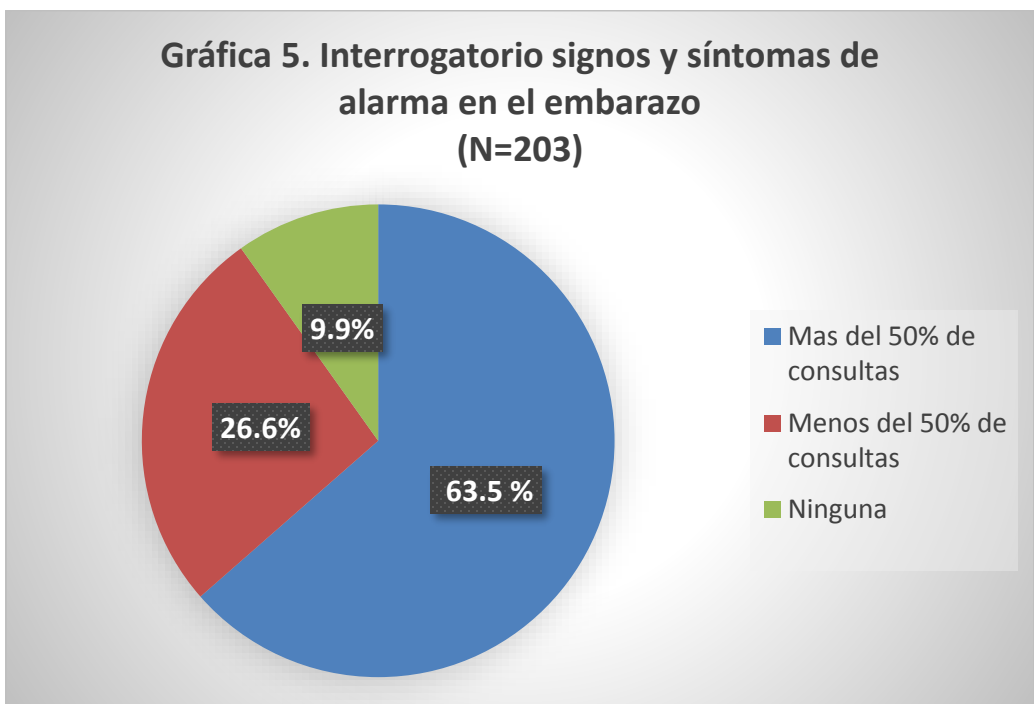
Se observó que se eleva la detección y registro de factores de riesgo en expedientes con registro de más de seis consultas (Cuadro II).

Cuadro II. Identificación de 3 o más factores de riesgo por número de consultas.

Número de Consultas	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Ocho	Nueve	Diez	Once	Doce
Mujeres embarazadas (n)	203	199	196	183	154	123	93	48	24	6	2
Mujeres Embarazadas (%)	100%	98.00%	96.60%	90.10%	75.90%	60.60%	45.80%	23.60%	11.80%	3.00%	1.00%
Identificación ≥3 factores de riesgo (n)	0	1	5	3	8	11	9	6	1	1	0
Identificación ≥3 factores de riesgo (%)	0%	0.50%	2.50%	1.50%	3.90%	5.40%	4.40%	3.00%	0.50%	0.50%	0%

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

En la revisión de las notas médicas, se evaluó si los médicos realizaban y registraban el interrogatorio dirigido buscando signos y síntomas de alarma en el embarazo (hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre, edema) y se identificó que en el 9.9% (n=20) de los expedientes en ningún momento se interrogó ni se registró la búsqueda de datos de alarma. En el 63.5% (n=129) se registró e interrogó en todas o por lo menos en más del 50% de las consultas médicas de cada embarazada, y en el 26.6% (n=54) se buscaron estos signos en menos de la mitad de consultas (**Gráfica 5**).



Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yauatepec 2017.

Con respecto a los factores de riesgo documentado en los expedientes se encontró que los tres más frecuentes fueron: antecedentes heredo-familiares con el 56.2% (n=114), examen general de orina (EGO) o tira de orina alterada con el 36.5% (n=74), e infección de vías urinarias recurrentes con el 34.0% (n=69). Los factores de riesgo que no se encontraron en ningún expediente fueron infección por VIH, VDRL reactivo y Ultrasonido alterado dentro de la semana 10 y 13 de gestión (Cuadro III, IV, V).

Cuadro III. Factores de riesgo ginecoobstétricos en mujeres embarazadas y factores de riesgo detectados/registrados durante el control prenatal

Factor de riesgo	Factor de riesgo en embarazadas identificado en expediente (n= 203)			Detección y registro del factor de riesgo durante el control prenatal		p ^a
	Positivo	Negativo	Sin registro	Si	No	
Edad de riesgo	16 (7.9%)	187 (92.1%)	0	12 (75.0%)	4 (25.0%)	0.000
Paridad ≥4	14 (6.9%)	182 (89.7%)	7 (3.4%)	9 (64.3%)	5 (35.7)	0.000
Parto anterior complicado	7 (3.4%)	85 (41.9%)	111 (54.7%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.142
Aborto anterior	34 (16.7%)	165 (81.3%)	4 (2.0%)	12 (35.3%)	22 (64.7%)	0.000
Cesárea previa	44 (21.7%)	156 (76.8%)	3 (1.5%)	22 (50%)	22 (50%)	0.000

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

^a Valor p obtenida de la prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Cuadro IV. Factores de riesgo en antecedentes de mujeres embarazadas y factores de riesgo detectados/registrados durante el control prenatal

Factor de riesgo	Factor de riesgo en embarazadas identificado en expediente (n= 203)			Detección y registro del factor de riesgo durante el control prenatal		p ^a
	Positivo	Negativo	Sin registro	Si	No	
Antecedente heredo-familiar	114 (56.2%)	82 (40.4%)	7 (3.4%)	28 (24.6%)	86 (75.4%)	0.000
Enfermedad de base	13 (6.4%)	174 (85.7%)	16 (7.9%)	8 (61.5%)	5 (38.5%)	0.028
Peso al nacer de la madre ≥4 kg	4 (2.0%)	25 (12.3%)	174 (85.7%)	0	4 (100%)	-
IMC pregestacional ≥30 Kg/E²	42 (20.7%)	161 (79.3%)	0	10 (23.8%)	32 (76.2%)	0.000
Uso de Medicamentos	3 (1.5%)	46 (22.7%)	154 (75.9%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0.077
Consumo de Sustancias tóxicas	19 (9.4%)	131 (64.5%)	53 (26.1%)	6 (31.6%)	13 (68.4%)	0.000

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

^a Valor p obtenida de la prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Cuadro V. Factores de riesgo presentados en mujeres embarazadas y factores de riesgo detectados/registrados durante el control prenatal

Factor de riesgo	Factor de riesgo en embarazadas identificado en expediente (n= 203)			Detección y registro del factor de riesgo durante el control prenatal		p ^a
	Positivo	Negativo	Sin registro	Si	No	
Tensión arterial	2 (1.0%)	201 (99.0%)	0	2 (100%)	0	-
VIH	0	182 (89.7%)	21 (10.3%)	0	0	-
Sífilis	0	178(87.7%)	25 (12.3%)	0	0	-
EGO o tira de orina alterada	74 (36.5%)	46 (22.7%)	83 (40.9%)	17 (23.0)	57 (77.0%)	0.060
IVU'S Recurrentes	69 (34%)	83 (40.9%)	51 (25.1%)	23 (33.3%)	46 (66.7%)	0.000
USG alterado semana 10-13	0	131 (64.5%)	72 (35.5%)	0	0	-
Tamiz diabetes	16 (7.9%)	104 (51.2%)	83 (40.9%)	16 (100%)	0	-
Glucemia	5 (2.5%)	119 (58.6%)	79 (38.9%)	5 (100%)	0	-
Violencia	8 (3.9%)	181 (89.2%)	14 (6.9%)	2 (25%)	6 (75.0%)	0.000
Depresión	15 (7.4%)	126 (62.1%)	62 (30.5%)	2 (13.3%)	13 (86.7%)	0.000

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

^a Valor p obtenida de la prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

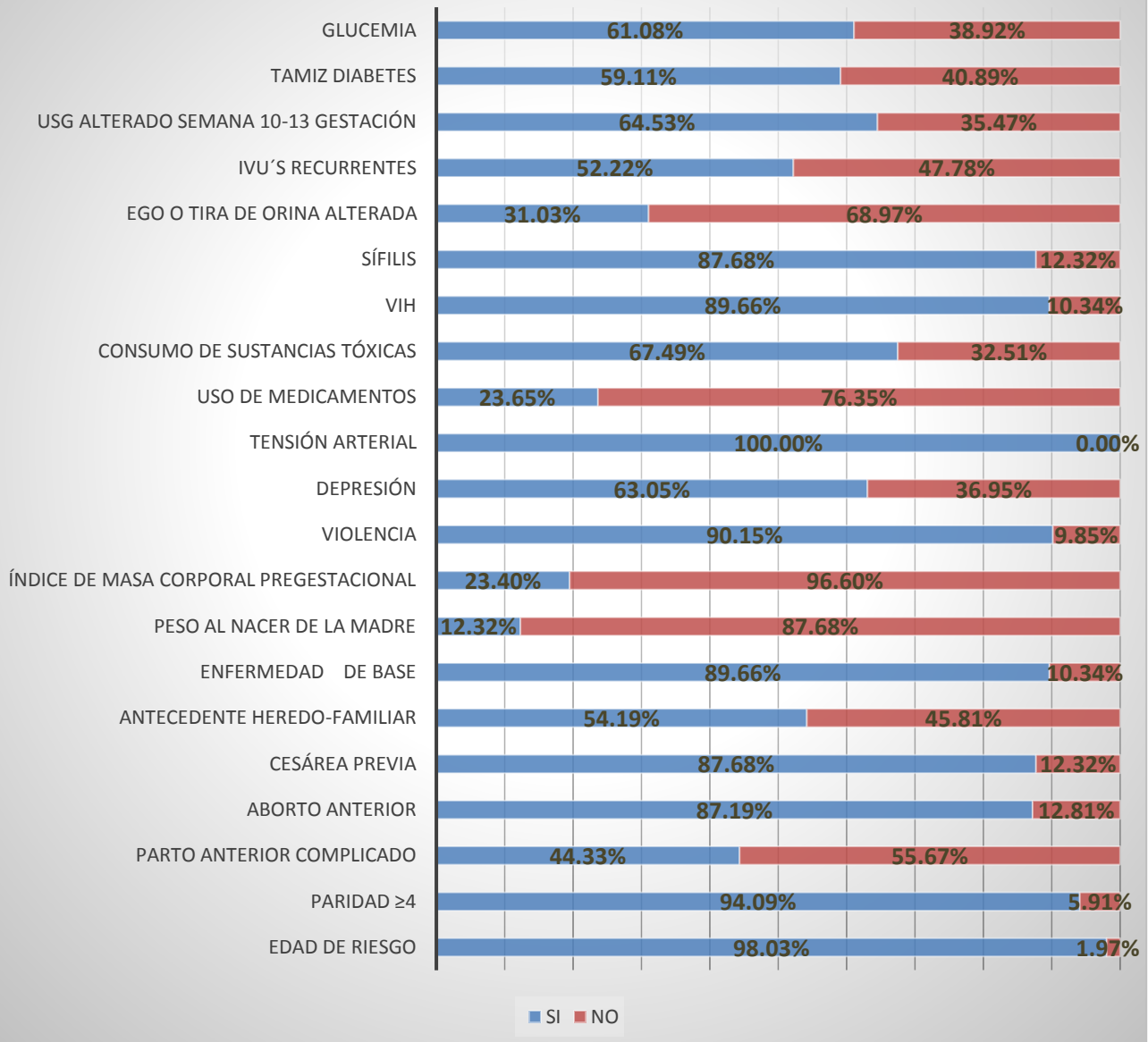
Sin embargo, destaca la falta de registro por parte del personal de salud durante el control prenatal en la mayoría de factores de riesgo en más del 50% de los expedientes revisados. El factor de riesgo con el menor registro durante el control prenatal fue el peso de la madre al nacer, con el 85.7% (n=174) (aunque sea interrogado por el personal de salud en algunos expedientes), aun así, no hay evidencia documentada si se preguntó o no a la embarazada. El segundo factor de riesgo con menor registro dentro del expediente clínico fue el consumo de medicamentos con el 75.9% (n=154), seguido del índice de masa corporal pregestacional con el 72.4% (n=147) y de parto anterior complicado con el 54.7% (n=111). Únicamente edad de riesgo y tensión arterial, fueron los factores de riesgo que se registraron en todos los expedientes (Cuadro III, IV, V).

Durante la captura de la información se realizó una investigación exhaustiva de los expedientes mediante la revisión de notas médicas actuales y anteriores, solicitudes de pruebas rápidas, de laboratorio y/o gabinete, independientemente de la revisión de notas médicas del control prenatal, y se identificó que durante el control prenatal no se detectaban ni se registraban factores de riesgo del embarazo, cuando en realidad sí se tenía evidencia de ser factor de

riesgo positivo como se muestra en el Cuadro III, tal es el caso de depresión con el 86.7% (13 de 15, $X^2=17.2$, $p=0.000$), EGO o tira de orina alterada con el 77.0% (57 de 74, $X^2=3.5$, $p=0.06$), IMC con el 76.2% (32 de 42, $X^2=46.0$, $p=0.000$), antecedentes heredo-familiares con el 75.4% (86 de 114, $X^2=91.9$, $p=0.000$), violencia con el 75.0% (6 de 8, $X^2=39.7$, $p=0.000$), consumo de sustancias tóxicas con el 68.4% (13 de 19, $X^2=12.3$, $p=0.000$), IVU's recurrentes con 66.7% (46 de 69, $X^2=14.9$, $p=0.000$), antecedente aborto anterior con el 64.7% (22 de 34, $X^2=98.5$, $p=0.000$) y el índice de masa corporal pregestacional igual o mayor que 30 Kg/E² con el 61.1% (11 de 18, $X^2=0.15$, $p=0.69$).

De acuerdo con la evaluación de las notas médicas del control prenatal, solicitudes de pruebas rápidas, de laboratorio y/o gabinete, se encontró que la Tensión Arterial se registra en el 100% de los expedientes como factor de riesgo, inclusive al identificarlo, se realizan los protocolos indicados de manera inmediata. La edad de riesgo (98.03%) y la paridad igual o mayor a 4 (94.09%) son los siguientes factores de riesgo más buscados intencionalmente por el personal de salud. Con respecto al factor de riesgo violencia, se realizó la búsqueda intencionada, detección y registro en el 90.15% de las embarazadas mediante el empleo de la "Herramienta de detección de violencia". La enfermedad de base (89.66%), detección de VIH (89.66%), cesárea previa y detección de Sífilis (87.68% en ambos) y aborto anterior (87.17%) se encontraron dentro de los más buscados y descartados. El registro, los factores de riesgo menos relevantes para el personal son el peso al nacer de la madre (12.32%), IMC pregestacional (23.40%) y el uso de medicamentos (23.65%). (Gráfica 6)

Gráfica 6. Búsqueda intencionada, detección y registro de factores de riesgo (N=203)



Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yauatepec 2017.

Cuando se analiza el desenlace de las embarazadas se encontró que, de 50 adolescentes, ocho tuvieron resultado adverso durante la conclusión, de los cuales solamente una embarazada no presentaba ningún factor de riesgo, cuatro presentaban de 1 a 2 factores de riesgo y tres presentaban más de tres factores. En 6 pacientes no fue posible detectar y/o registrar el 100% de sus factores de riesgo. (Cuadro VI)

Cuadro IV. Embarazadas adolescentes con complicaciones en el desenlace

Edad en años	Complicación	Factores de riesgo presentes	Factores de riesgo detectados
14	Pretérmino por IVU, ingreso a UCIN	5	2
16	Taquicardia fetal	2	0
17	Cesárea por Preeclampsia/eclampsia	4	1
18	Cesárea por enfermedad hipertensiva	4	3
18	Cesárea por taquicardia fetal	1	0
19	Cesárea y depresión posparto	1	1
19	Prolapso uterino en parto vaginal	2	0
19	Hipertensión en parto vaginal	0	0

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

De manera similar se observa en los expedientes de embarazadas mayores de 19 años, encontrándose complicación en 13 de ellas, todas con al menos un factor de riesgo como mínimo, pero únicamente en un expediente se detectó el 100% de todos los factores presentes. (Cuadro VII). En ambos cuadros se observa que las complicaciones más frecuentes tienen que ver con alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (bradicardia y taquicardia).

Cuadro VII. Embarazadas mayores de 19 años con complicaciones en el desenlace

Edad en años	Complicación	Factores de riesgo presentes	Factores de riesgo detectados
20	Cesárea a las 28 SDG, Coma (no especificado)	3	2
21	Cesárea por preeclampsia	1	0
23	Letra no legible, menciona quirúrgico complicado	3	0
23	Cesárea por oligohidramnios	3	2
24	Infección puerperal	1	0
25	Preeclampsia	2	1
25	Depresión postparto	2	0
26	Cesárea por bradicardia fetal	2	2
26	Cesárea por bradicardia fetal	5	2
27	Cesárea por ruptura prematura de membranas	3	1
28	Quirúrgico, no mencionan complicación	3	0
29	Cesárea por taquicardia fetal	6	4
39	Cesárea por falta trabajo parto y presión arterial elevada	7	6

Fuente: Expedientes de establecimientos de salud ambulatoria, Yautepec 2017.

El embarazo de alto riesgo sigue siendo un problema de salud importante en la población mexicana, de ahí la importancia de realizar la búsqueda intencionada de factores de riesgo en la embarazada desde la primera consulta de control prenatal. Durante búsqueda de antecedentes sobre evaluación del apego a la NOM-007-SSA2-2016 no se encontraron estudios realizados con anterioridad para realizar comparación, sin embargo, en el presente estudio se encontró que existe un deficiente apego a la NOM-007-SSA2-2016, pues únicamente el 6.4% de los expedientes que se analizaron cumplían con el registro de la búsqueda de factores de riesgos establecidos en la norma y GPC.

Hernández y cols. buscando factores de riesgo que se relacionan con la muerte materna en Morelos durante 1989 a 1991, evidenció la poca información con que cuentan las historias clínicas en los expedientes, siendo estas de calidad cuestionable, algo muy semejante a lo encontrado en este estudio; el 55.2% de los expedientes contaban con la historia clínica

incompleta, siendo la falta de actualización la principal falla encontrada, cifra que contrasta con el estudio realizado por Vargas y Vargas en Costa Rica, donde se reportan que solo el 4% de las embarazadas contaban con el registro completo de la historia clínica. En el mismo estudio, el 93.9% contaban con antecedentes patológicos familiares y personales, coincidiendo con nuestros resultados pues solo el 5.9% de todos los expedientes no contaban con este apartado. En nuestra investigación también se encontró que al 100% de las embarazadas se les tomó tensión arterial y se registró como lo descrito por Vargas y Vargas.

Se encontró que el 88.7% de las embarazadas presentaban por lo menos un factor de riesgo y el 66% presentaban dos o más factores de riesgo, cifras que son más altas que lo reportado por Prual en el 2000, con el 55% y 31%, respectivamente, en su estudio realizado en Níger. La detección y registro de factores de riesgo en los expedientes se eleva a partir de las pacientes con más de seis consultas, lo recomendable por la NOM es que la embarazada reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación

La Norma Oficial Mexicana recomienda la toma de un ultrasonido por trimestre, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos aplicando el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia. En este estudio se encontró que al 35.5% no se le realizó dicho estudio.

Dato relevante en este estudio fueron los casos de IVU con un 34% de todas las embarazadas, aunque en este estudio se tomó tres o más episodios de infección en vías urinarias en los últimos 12 meses o dos episodios en seis meses, ya comparado con la tesis de Martínez Campos del 2002 donde se encontró que la IVU es un riesgo frecuente (48.3%), y sumando a lo que encontró Álvarez y cols. cuando analizaron en el 2014 el control prenatal en las usuarias embarazadas menores de 19 años en una clínica de primer contacto en Morelia donde se realizó la detección de infección genitourinaria en el 58%, destacándose como un problema de salud en todos varios estados de la república.

Se encontró en este estudio que de 50 adolescentes 8 tuvieron resultado adverso en la conclusión de su embarazo los cuales fueron ingreso a UCIN, prematuridad (por IVU),

hipertensión, preeclampsia/eclampsia, coincidiendo con lo encontrado por Shrim durante el 2001 y 2007 y en otro estudio realizado en un hospital de Rumania durante 2007-2014. Otras complicaciones encontradas en este estudio fueron taquicardia fetal y prolapso uterino no descritas en estudios revisados.

Conclusiones

Este estudio nos demuestra que existe un deficiente apego a la NOM-007-SSA2-2016 y GPC, pues solamente el 6.4% del total de los expedientes analizados cumplían con el registro de la búsqueda de factores de riesgo, hacían el correcto llenado de historia clínica, integraban un expediente y realizaban la búsqueda intencionada de signos y datos de alarma. El problema dentro de los expedientes es la falta de actualización de la historia clínica, base para explorar antecedentes de importancia.

Los principales factores de riesgo en las embarazadas dentro de estas unidades de atención ambulatoria documentado en los expedientes están dominados por la presencia de antecedentes heredo-familiares (más de la mitad de los casos), alta prevalencia de examen general de orina o tira de orina alterada e infección de vías urinarias

La detección oportuna y búsqueda intencionada de factores de riesgo durante el embarazo en las unidades médicas de atención ambulatoria no se realiza adecuadamente, el peso de la madre de los expedientes, (en la mayoría debido a que la propia embarazada lo desconoce) sin embargo el personal de salud no hace registro de esa acción, el IMC pregestacional no es calculado al momento de observarse el diagnóstico de embarazo, como si un embarazo condicionara a ya no evaluar y darle seguimiento al estado de nutrición, de igual forma el interrogar como le fue en el embarazo anterior y si hubo complicación o si en estos momentos consume algún tipo de medicamento, datos que no son relevantes para el personal de salud.

Por otro lado, la edad de riesgo y tensión arterial fueron los únicos factores que se tomaron en cuenta y se realizó la correcta identificación y su registro en cada una de las visitas a la unidad de salud. Una historia clínica perinatal bien realizada hace que los factores de riesgo de enfermedad de base, cesárea previa y aborto anterior sea de los más buscados y descartados. La existencia de pruebas rápidas para la detección de VIH y Sífilis en establecimientos de salud ambulatoria, han hecho que se mantenga en un porcentaje alto la búsqueda de estos factores de riesgo.

La detección y registro de las embarazadas del factor de riesgo violencia fue alta, debido al empleo de la "Herramienta de detección de violencia" ya que sin ella cambiaría totalmente su porcentaje, cuando no se aplica el factor de riesgo no es registrado en ninguna parte del expediente.

No se encontró alguna relación entre la presencia del factor o factores de riesgo y el desenlace del embarazo debido a la falta de registro de ambos, lo que crea que no se puedan realizar estudios de esa naturaleza en este tipo de investigación.

Recomendaciones

Fortalecer, priorizar y dar correcto seguimiento a los diferentes programas de salud materno-infantil, así como crear estrategias de promoción para el autocuidado de la salud y corresponsabilidad de las embarazadas.

Implementar acciones de capacitación y concientización a todo el personal de salud tanto personal de base, de contrato y pasantes sobre correcto llenado del expediente clínico basado en lo establecido en las Normas de salud.

Garantizar la atención y prestación del servicio de salud oportuna y con calidad en los establecimientos de salud ambulatoria mediante la adecuada capacidad del personal de salud para detectar, registrar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo y obstétrico, con base en la NOM-007-SSA2-2016 y a la GPC.

Realizar campañas de promoción de la cultura del embarazo planeado y autocuidado en el embarazo en la población en general y con especial énfasis sobre los adolescentes, implementar acciones que promuevan estilos de vida saludables en las mujeres en edad reproductiva.

Establecer mecanismos necesarios para asegurar que todas las embarazadas tengan acceso efectivo de atención oportuna y eficaz.

Limitaciones del trabajo

Este estudio representa solo a la población usuaria de los dos Centros de Salud que forman parte de los Servicios de Salud de Morelos, y no se puede extrapolar al resto del estado.

Existe el sesgo de información, pues la fuente de información fue únicamente lo que se encontró documentado dentro del expediente clínico. Es posible que los médicos realicen la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y no la registren en la nota médica, especialmente cuando no existen factores de riesgo en las embarazadas.

En la revisión que se realizó antes de la captura de datos, se encontró que 77 expedientes no tenían registro de la resolución del embarazo, lo que hizo más difícil la captura de información al tenerlos que excluir, la gran mayoría solo presentaban una a máximo dos consultas.

No se pudo realizar la causalidad de los factores de riesgo detectados sobre el tipo de desenlace del embarazo como se había documentado en los antecedentes, debido a gran porcentaje de falta del correcto llenado de los expedientes durante el control prenatal y puerperio.

Referencias Bibliográficas

1. Noguera-Echeverria AE, Peniche-Lara G. Identificación de factores de riesgo para desarrollo de embarazo de alto riesgo en una comunidad de muy alta marginación de Yucatán, México. *Cienc y Humanismo en la Salud* [Internet]. el 8 de noviembre de 2017 [citado el 19 de febrero de 2018];4(2):47–53. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/85/106>
2. Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care. World Health Organization [Internet]. 2007 [citado el 26 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69735/a91272.pdf;jsessionid=F29323909C1677DA2B3B299625C79A2C?sequence=1>
3. Secretaria de Salud. 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 [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2016 [citado el 14 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
4. Campos-Martinez R. Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U V. *Rev Médica la Univ Veracruzana* [Internet]. 2007 [citado el 16 de marzo de 2018];7(1):14–21. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28851>
5. Alfaro-Vargas N, Campos-Vargas G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Enfermería actual Costa Rica* [Internet]. el 1 de abril de 2014 [citado el 26 de febrero de 2018];0(26). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/14246>
6. Senado-Dumos J. Los factores de riesgo. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 1999 [citado el 6 de enero de 2018];15(4):446–52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
7. Suárez-Ojeda EN. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. *Bol Sanit Panam* [Internet]. 1982 [citado el 1 de marzo de 2018];92(6). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17118/v92n6p482.pdf?sequence=>
8. Prual A, Toure A, Huguet D, Laurent Y. The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger. *Health Policy Plan* [Internet]. marzo de 2000 [citado el 25 de marzo de 2018];15(1):11–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10731230>
9. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Levin I, et al. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital? *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. el 1 de agosto de 2011 [citado el 25 de marzo de 2018];24(4):218–22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21620742>
10. Socolov D-G, Iorga M, Carauleanu A, Ilea C, Blidaru I, Boiculese L, et al. Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007-2014) in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *Biomed Res Int* [Internet]. 2017 [citado el 23 de marzo de 2018];2017:9205016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28133615>
11. Valdés-Yong M, Hernández-Núñez J, Chong-León L, Gonzalez-Medina I de las M, García-Soto MM. Resultados perinatales en gestantes con trastornos nutricionales por exceso. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2014 [citado el 7 de diciembre de 2017];40(1):13–23. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=48877>

12. Ticona-Rendón M, Pacora-Portella P, Huanco-Apaza D, Ticona-Vildoso M. Retraso del crecimiento intrauterino en el Perú: factores estresantes y resultados perinatales en hospitales del Ministerio de Salud. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2014 [citado el 6 de diciembre de 2017];82(11):725–36. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=53311>
13. Cortes-Chavez JA. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona no. 1 de la ciudad de Colima en el año 2004 [Internet]. Universidad de Colima; 2006 [citado el 19 de enero de 2018]. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/JOSE_ANTONIO_CORTES_CHAVEZ.pdf
14. Chamy P V, Madrid A E, Aránguiz G N, Guerra H V, Cárcamo C K, Rejas C A. Perfil clínico de embarazadas con preeclampsia y embarazos no complicados. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2004 [citado el 12 de diciembre de 2017];69(5):361–7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Rodríguez-Coutiño SI, Ramos-González R, Hernández-Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol y Obs Mex* [Internet]. 2013 [citado el 6 de diciembre de 2017];81(09):499–503. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=45750>
16. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado el 12 de diciembre de 2017];77(5):338–41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
17. Font-López KC, Gutiérrez-Castañeda MR. Diagnóstico de diabetes gestacional en población mexicana. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. el 15 de septiembre de 2017 [citado el 5 de diciembre de 2017];85(02):116–24. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=74202>
18. Vigil-De Gracia P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. el 15 de septiembre de 2017 [citado el 5 de diciembre de 2017];85(06):380–90. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=74263>
19. Casillas-Barrera M, Yancor-Sandoval P, Morales-Morales MP, Rodríguez-Morales L, Farías-Barajas M. Análisis cuantitativo y cualitativo de las ecografías del segundo y tercer trimestres en mujeres gestantes mexicanas. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. el 15 de septiembre de 2017 [citado el 5 de diciembre de 2017];85(06):339–46. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=74253>
20. Martínez-Campos R. Implementación y análisis del programa de atención prenatal dentro del hospital escuela de ginecología y obstetricia de la universidad veracruzana [Internet]. Universidad Veracruzana; 2002 [citado el 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/36150/1/martinezc campos.pdf>
21. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1994 [citado el 19 de enero de 2018];36(5):521–8. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/prin terFriendly/5789/6438>

22. Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández-Girón C. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2010 [citado el 13 de diciembre de 2017];7878(77):357–64. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>
23. Álvarez-Huante Y V., Muñoz-Cortés G, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Atención Fam* [Internet]. el 1 de julio de 2017 [citado el 15 de febrero de 2018];24(3):107–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711730038X>
24. Secretaría de salud. Programa sectorial de salud, salud materna y perinatal 2013-2018 [Internet]. México, DF; 2016 [citado el 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
25. Naciones Unidas. Objetivos desarrollo sostenible, 17 objetivos para transformar nuestro mundo [Internet]. Nueva York. 2017 [citado el 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
26. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vol. 33, Derechos Humanos. Ginebra: Derechos Humanos; 2009 [citado el 25 de octubre de 2017]. 69 p. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf
27. UNICEF. Un problema de salud pública y derechos humanos [Internet]. 1ra ed. UNICEF, editor. Buenos Aires: UNICEF; 2003 [citado el 20 de octubre de 2017]. 1-260 p. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf
28. Robles-Garza MY. El derecho a la salud y la reforma de los derechos humanos en México. *Eunomía Rev en Cult la Leg* [Internet]. 2015 [citado el 30 de enero de 2018];8:126–45. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/viewFile/2479/1362>
29. Secretaria de Salud. Ley General de Salud [Internet]. Secretaria de Salud 1992. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
30. Gamboa-Montejano C, Valdés-Robledo S. Mortalidad materna en México. Marco Conceptual , Derecho Comparado , Estadísticas y Opiniones Especializadas. *Dir Gen Serv Doc Inf y Análisis* [Internet]. 2015 [citado el 26 de octubre de 2017];112. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>
31. Freyermuth G, Meneses S, Romero M. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2015;31(1):71–81.
32. Valadez-Figueroa I de la A. Atención Prenatal En Jalisco.Pdf. 1ra ed. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. 15-26 p.
33. Servicios de Salud Morelos. Manual de organización específico de servicios de salud de Morelos. Cuernavaca; 2015.
34. Katz FM, Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud. Manual de formación y supervisión. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981. p. 95. Disponible en: ISBN 92 4 330072 5

35. Pin JR, Stein G. Dirección por competencias : aspectos teóricos y prácticas en su diseño e implantación. IESE Bus Sch. 2007;1–17.
36. Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Torres-Cruz C, Pineda-Pérez D, Villa-Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Publica Mex. 2011;53(SUPPL. 4):1–6.
37. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA. Monitoreo de la desigualdad en protección financiera y atención a la salud en México: análisis de las encuestas de salud 2000, 2006 y 2012. Salud Publica Mex. 2016;58(6).
38. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud : principios y métodos. [Internet]. 2da ed. Washington, DC: OPS; 1992 [citado el 22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3101?show=full>
39. Echemendía-Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 [citado el 6 de enero de 2018];49(3):470–81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014
40. Sotelo-Figueiredo JM. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. Bol Sanit Panam [Internet]. 1993 [citado el 19 de marzo de 2018];114(4):289–301. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16274>
41. Rodríguez-Angulo E, Palma-Solís M, Zapata-Vázquez R. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014 [citado el 6 de diciembre de 2017];82(10):647–58. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=52763>
42. García-Regalado JF, Montañez-Vargas MI. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2012 [citado el 12 de diciembre de 2017];50(6):651–7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745498012.pdf>
43. Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, Moreno-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Publica Mex [Internet]. 2003 [citado el 11 de diciembre de 2017];45(6):445–54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342003000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. SSA. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Secretaría de Salud [Internet]. 2009 [citado el 5 de noviembre de 2017]; Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx
45. Tamez-Gonzalez, silvia;Valle-Arcos, Rosa Irene; Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Anderson al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Publica Mex [Internet]. 2006 [citado el 22 de febrero de 2018];48(5):418–29. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008
46. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 1983 [citado el 11 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
47. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. 2005 [citado el

11 de febrero de 2018]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Anexos

Anexo 1. Máscara de captura.



EVALUACIÓN DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBULATORIA DEL MUNICIPIO DE YAUTEPEC 2017

Historia clínica íntegra: No. identificación:

Motivo

No legible

No actualizada

Campos incompletos

Edad

Ficha identificación

Antecedentes heredo familiares

Personales Patologicos

Ginecoobstétricos

No patológicos

Vacunación

Padecimiento actual

Interrogatorio

Exploración Física

Diagnóstico

Indicaciones

Edad en riesgo <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Paridad <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Parto anterior complicado <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Aborto / Óbito <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Cesárea previa <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Antecedentes HF <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Enfermedad base <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Peso al nacer de la madre <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
IMC pregestacional <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Violencia <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Depresión <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>



Presión arterial elevada <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Uso de medicamentos <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Uso de sustancias tóxicas <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
VIH <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Sífilis <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
EGO / Tira de orina alterada <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
IU's recurrentes <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
USG 10-13 SDG <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Tamiz diabetes gestacional <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Glucemia elevada en ayuno <input type="text"/>	Detección FR <input type="text"/>	No. consulta identificación FR <input type="text"/>
Se realizó actividades marcadas en norma Alto Riesgo <input type="text"/>		
Observaciones <input type="text"/>		

Anexo 2. Cronograma.

		TIEMPO DE DURACIÓN																																																			
		2017				2018																																															
Actividades		Nov				Dic.				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Jun				Jul				Ago				Sept				Oct				Nov			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Revisión de literatura																																																					
Redacción teórica																																																					
Diseño de investigación descriptiva																																																					
Diseño de investigación experimental																																																					
Espera aprobación ética																																																					
Recopilación de datos de fuentes secundarias																																																					
Análisis de la información																																																					
Redacción de resultados finales																																																					
Entrega de resultados y aprobación comité																																																					
Examen de grado																																																					

Anexo 3. Carta compromiso a Comité de Ética en Investigación.



Cuernavaca, Mor., a 23 de abril de 2018.

Asunto: Carta compromiso

Dra. Angélica Ángeles Llerenas
Presidenta Comité de Ética en Investigación
Presente

Estimada Dra.

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que soy estudiante de la Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública, con matrícula 2015221807, me encuentro realizando el proyecto de investigación titulado **"Evaluación de detección de factores de riesgo en la atención del embarazo en establecimientos de salud ambulatoria del municipio de Yautepec, 2017"** con fines de realizar un proyecto de titulación para obtener el grado de Maestro en Salud Pública; es de mi conocimiento entregar la carta de autorización de utilización de expedientes, firmada por el director de la Institución Médica donde se realizará la investigación impresa en papel membretado.

Por lo anterior me comprometo a realizar la entrega de la carta de autorización en cuanto la tenga y así integrar la documentación solicitada por el Comité de Ética en Investigación.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo agradeciendo su amable atención.

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "José Antonio Flores Bahena", is written over a grid of lines.

José Antonio Flores Bahena
Estudiante Maestría en Salud Pública

Anexo 4. Carta compromiso de confidencialidad.



Instituto Nacional
de Salud Pública

Cuernavaca, Mor., a 23 de abril de 2018.

Asunto: Carta compromiso de confidencialidad de la información obtenida en los expedientes clínicos de los Centros de Salud de Yautepec.

MASS Laura Margarita Urbáez Castro
Subdirectora de enseñanza, Investigación y Capacitación

PRESENTE

Estimada Dra.

Sirva el presente para hacer de su conocimiento que el Dr. José Antonio Flores Bahena, estudiante de la Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública, está realizando el proyecto de investigación titulado **"Evaluación de detección de factores de riesgo en la atención del embarazo en establecimientos de salud ambulatoria del municipio de Yautepec, 2017"** con fines de realizar un proyecto de titulación para obtener el grado de Maestro en Salud Pública; dicho proyecto se encuentra aprobado por los Comités de Investigación y Ética del mismo Instituto (se anexa protocolo de investigación).

Por lo anterior, solicito su valiosa intervención para facilitar el acceso a las instalaciones, así como a la información de expedientes clínicos de los Centros de Salud de Yautepec y de La Joya. Por este medio y teniendo en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental, informo a usted que el Dr. José Antonio Flores Bahena se compromete a respetar y guardar la confidencialidad y privacidad de la información contenida en los expedientes que se le proporcionen.

No omito agradecer de antemano su amable colaboración y comprometerme a compartir los resultados del mismo una vez que éste haya concluido.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Dr. José Antonio Flores Bahena
Estudiante maestría