



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE IBARRA, OCTUBRE -DICIEMBRE DE 2016.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Autores: **Bolaños Báez Inés Mariela**

Játiva Arguello Rosa Guadalupe

Tutor Metodológico: **Dr. Gady Torres Toala.**

Director de Tesis: **Dr. Marcelo Jacho Pinchao.**

Ibarra -2016



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DEDICATORIA

A Dios por derramar sus bendiciones sobre nosotros, por ser nuestra guía, la luz que ilumina cada uno de nuestros pasos, y llenarnos de fortaleza para vencer cada batalla.

A mi madre Ana Lucia Arguello, a mi esposo Carlos Vallejo y mi hija Raphaella Vallejo por su apoyo incondicional y su ánimo diario.

Guadalupe Játiva

A Miguel Muñoz por ser un esposo ideal y a mi única hija Fabiana que es la principal motivación en la trayectoria de mi vida.

Mariela Bolaños.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer en primer lugar a Dios por habernos dado la oportunidad de aprender de cada una de las experiencias vividas.

A nuestras familias, quienes con amor, entrega, paciencia, sabiduría siempre han tenido la palabra correcta de aliento y apoyo.

Respeto y gratitud a nuestros maestros, porque son ellos quienes se han convertido en un ejemplo profesional a seguir y han sido parte del camino maravilloso hacia nuestro sueño de ser médicos familiares.

Nuestra admiración y respeto al Dr. Franklin Jacho, quien con paciencia, y sus conocimientos supo guiarnos de la mejor manera en el cumplimiento de este trabajo.

Un agradecimiento especial Dr. Gady Torres por su asesoramiento en el transcurso de esta investigación.

A la Dra. Elva Arias quien ha sido un aporte y apoyo valioso en el transcurso de nuestra formación académica.

A los compañeros del Centro de Salud N1 de la ciudad de Ibarra por la apertura y colaboración desinteresada en el desarrollo de este trabajo investigativo.

Guadalupe y Mariela



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TABLA DE CONTENIDOS

1	CAPITULO I	7
1.1	LISTA DE TABLAS	7
1.1.1	Tabla 1.- Características Sociodemográficas de las embarazos que acuden al control prenatal, durante los meses de septiembre – noviembre del 2016, al Centro de Salud n1–Ibarra.....	7
1.1.2	Tabla 2.- Cumplimiento de Registro de Antecedentes Patológicos Personales, Quirúrgicos, Familiares, Gineco-obstetricos.	7
1.1.3	Tabla 3.- Cumplimiento de registro de exámenes complementarios según el profesional que le atendió.	7
1.1.4	Tabla 4.- Registró de examen físico según el profesional que le atendió.	7
1.1.5	Tabla 5.- Registro de medidas preventivas según el profesional que le atendió.	7
1.2	LISTA DE GRAFICOS	8
1.2.1	Grafico 1.- Valoración global del cumplimiento de las actividades prioritarias de la guía de práctica clínica de control Prenatal, según el profesional de salud.	8
1.2.2	Grafico 2.- Cumplimiento del registro de exámenes complementarios.	8
1.2.3	Grafico 3.- Cumplimiento de registro de examen físico.	8
1.2.4	Grafico 4.- Cumplimiento de registro de medidas preventivas.	8
1.2.5	Grafico 5.- Valoración del Cumplimiento de las Actividades Prioritarias según la edad Gestacional.	8
1.3	RESUMEN	9
1.4	ABSTRACT	10
1.5	INTRODUCCION	11
2	CAPÍTULO II	13
2.1	ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN ECUADOR	13
2.2	CONTROL PRENATAL	13
2.3	Periodicidad de controles prenatales	14
2.4	Actividades del Primer Control Prenatal	16



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.5	Historia Clínica Perinatal	17
2.6	CONTROLES SUBSECUENTES.....	21
2.7	ACTIVIDADES PRIORITARIAS A REALIZARSE EN EL CONTROL PRENATAL POR SEMANAS DE GESTACION .	21
2.8	EXÁMENES PARACLÍNICOS BÁSICOS DEL CONTROL PRENATAL.....	24
2.9	ACTIVIDADES PREVENTIVAS	29
2.9.1	Inmunizaciones	29
2.9.2	Control Odontológico.....	30
2.9.3	Consejería Nutricional.....	30
2.9.4	Micronutrientes	31
2.9.5	Signos de Alarma.....	33
2.9.6	Criterios de referencia	33
2.9.7	Criterios de contrarreferencia.....	34
2.10	Justificación.....	34
2.11	Problema y Objetivos	35
2.11.1	OBJETIVO GENERAL	35
2.12	Planteamiento del problema.....	36
2.13	Enunciación del Problema	37
2.14	Hipótesis	37
3	CAPÍTULO III.	38
3.1	Metodología.....	38
	Criterios de exclusión.....	39
	Criterios de eliminación	39
	Historias Clínicas de mujeres en control prenatal que presentes datos incomprensibles o con letra ilegibles.	39
3.2	OPERALIZACION DE VARIABLES.....	39
3.3	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	44
	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	44
3.4	Plan de análisis.....	44
3.5	Aspectos bioéticos:	45



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Se aplicara los principios de bioética médica:	45
3.6 Aspectos administrativos	45
3.7 Cronograma de actividades	46
3.8 Recursos utilizados	46
Recursos Económicos:	46
4 CAPITULO IV	48
4.1 RESULTADOS	48
5 CAPITULO V	58
5.1 DISCUSION	58
6 CAPITULO VI	62
6.1 CONCLUSIONES	62
6.2 RECOMENCIONES	63
7 BIBLIOGRAFIA	65
8 APÉNDICE	70



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CAPITULO I

1.1 LISTA DE TABLAS

- 1.1.1 Tabla 1.- Características Sociodemográficas de las embarazos que acuden al control prenatal, durante los meses de septiembre – noviembre del 2016, al Centro de Salud n1– Ibarra.
- 1.1.2 Tabla 2.- Cumplimiento de Registro de Antecedentes Patológicos Personales, Quirúrgicos, Familiares, Gineco-obstetricos.
- 1.1.3 Tabla 3.- Cumplimiento de registro de exámenes complementarios según el profesional que le atendió.
- 1.1.4 Tabla 4.- Registró de examen físico según el profesional que le atendió.
- 1.1.5 Tabla 5.- Registro de medidas preventivas según el profesional que le atendió.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1.2 LISTA DE GRAFICOS

- 1.2.1 Grafico 1.- Valoración global del cumplimiento de las actividades prioritarias de la guía de práctica clínica de control Prenatal, según el profesional de salud.
- 1.2.2 Grafico 2.- Cumplimiento del registro de exámenes complementarios.
- 1.2.3 Grafico 3.- Cumplimiento de registro de examen físico.
- 1.2.4 Grafico 4.- Cumplimiento de registro de medidas preventivas.
- 1.2.5 Grafico 5.- Valoración del Cumplimiento de las Actividades Prioritarias según la edad Gestacional.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1.3 RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública (M.S.P.), con el afán de mejorar la calidad de atención, la efectividad de las decisiones clínicas y disminución de costos ha implementado guías de práctica clínicas en la prestación de servicios de salud. La importancia del control prenatal radica en identificar oportunamente factores de riesgos obstétricos y perinatales, mediante la atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica de control prenatal, del Ministerio de Salud Pública, en el Centro de Salud N1 de la ciudad de Ibarra, septiembrediciembre de 2016. **Métodos y materiales:** Se realizará un estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo; mediante la revisión de historias clínicas de embarazadas, escogidas al azar del censo de embarazadas de los meses de septiembre – noviembre, y se aplicará una lista de chequeo de las actividades prioritarias del control prenatal, recomendadas en la guía de práctica clínica del MSP 2015. **Resultados:** El cumplimiento de las actividades prioritarias del control prenatal por los profesionales de la salud, observamos que el ginecólogo cumple adecuadamente en 50 % de las atenciones, los médicos familiares tienen un 55,32 % de cumplimiento, el médico general cumple apenas con 21,95 %, mientras que la obstetriz cumple en 64% de manera adecuada siendo el profesional que mejor cumplimiento tiene, los posgradistas de medicina familiar presentan un 58,33 % de cumplimiento adecuado. **Conclusiones:** Las actividades prioritarias de control prenatal del MSP, en el centro de salud N1-Ibarra, no se cumplen, especialmente por los médicos generales.

Palabras clave: control prenatal; evaluación; guía de práctica clínica.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1.4 ABSTRACT

The Ministry of public health (M.S.P.), with the effort to improve the quality of care, the effectiveness of clinical decisions and decrease of costs has implemented clinical practice guidelines in the provision of health services. The importance of antenatal lies in identifying timely prenatal care early, systematic and high quality obstetric and perinatal, risk factors.

Objective: assess the implementation of the clinical practice guideline of prenatal control, the Ministry of public health, in the Centre of health N1 of the city of Ibarra, September - December 2016. **Methods and materials:** Be a descriptive, cross-sectional study, quantitative approach; by reviewing the medical records of pregnant women, chosen randomly from the Census of pregnant women in the months of September - November, and applies a checklist of the priority activities of antenatal care, recommended in clinical practice of the 2015 MSP Guide.

Results: the implementation of priority activities of antenatal care by health professionals, we observe that gynecologist fulfilled properly in 50% of the, family physicians have 55,32% compliance, the general practitioner just meets 21.95%, while the obstetrician meets in 64% of properly being the professional that best fulfillment has, the postgraduate of family medicine present 58,33% of adequate performance. **Conclusions:** priority activities of antenatal care of the MSP, in the Centre of health N1-Ibarra, are not met, especially by general practitioners.

Key words: prenatal care; evaluation; clinical practice guideline.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1.5 INTRODUCCION

La importancia de los controles prenatales radica en identificar oportunamente factores de riesgos obstétricos modificables y no modificables, y realizar intervenciones de prevención y promoción de conductas saludables durante el embarazo.

Según los reportes estadísticos de la Organización Mundial de Salud (1990-2015), el alto número de muertes maternas refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud. La mortalidad materna en los países en desarrollo en el 2015 fue de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue tan solo de 12 por 100 000 nacidos vivos.

Al comparar los resultados 2011 de Ecuador con el Área Andina, (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el país se encuentra en segundo lugar por debajo de Venezuela con 69.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En el Ecuador se tiene un incremento gradual de la razón de mortalidad materna, conociendo previamente que este indicador constituye un primordial objetivo para el desarrollo nacional e internacional, más aún cuando constituye un tema de máxima importancia en la búsqueda de su disminución al 2017 (Informe Mortalidad en la Maternidad, 2014)

La aplicación de normas, protocolos y guías para la atención del embarazo, son instrumentos, para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada, permitirá identificar un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad oportunamente. (Ministerio de Salud Pública, 2013)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La atención de la mujer gestante es un proceso continuo y por niveles e inicia con el cuidado intrafamiliar y comunitario, continúa con las acciones de atención primaria y secundaria donde normalmente debe culminar con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2 Capítulo II.

2.1 ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN ECUADOR

“El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural debe implantarse en los tres niveles de atención, para garantizar la continuidad de la atención con las más altas normas de calidad”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

El primer nivel de atención es el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud, llevándose procesos planificados y organizados que permiten articular cuatro elementos: la demanda en salud de la comunidad, la experiencia y el conocimiento de la realidad del área geográfica, poblacional, y epidemiológica. La aplicación de normas y protocolos de atención en salud, se resuelven el 80 % de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia y contrareferencia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

2.2 CONTROL PRENATAL

El control prenatal es el conjunto de actividades realizadas por el equipo de salud multidisciplinario a la mujer gestante, con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto. (Aguilera, 2014), (Orlando & Pineda, 2010) (J. Goberna i Tricasa, 1996)

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son: promoción en salud, soporte emocional, la identificación de riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación. (Aguilera, 2014)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El proveedor de salud debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo con la diversidad cultural de la zona de atención. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

La atención prenatal debe ser eficiente y cumplir con cuatro requisitos: precoz, periódica, completa y de amplia cobertura.

2.3 Periodicidad de controles prenatales

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las gestantes en dos grupos:

Gestantes de bajo riesgo, aquellas que no tienen factores de riesgo epidemiológicos, deben recibir Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.

Gestantes de alto riesgo, aquellas que presentan factores de riesgo materno-fetal, deben recibir cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud, se debe diseñar un programa específico y personalizado.

La frecuencia recomendada para un embarazo no complicado según la OMS: cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas, cada 2-3 semanas entre la semana 28 a la semana 36, y semanalmente después de las 36 semanas.

Lo recomendado por MSP-Ecuador, toda mujer gestante de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En el Ecuador se aplica SCORE MAMA, para identificación de casos de mayor riesgo obstétrico, y así disminuir la morbilidad materno-fetal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Los controles prenatales se los realizara en las siguientes semanas:

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Entre las 22 y 27 semanas.
- Entre las 28 y 33 semanas.
- Entre las 34 y 37 semanas.
- A las 38 y 40 semanas.

Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestantes sin complicaciones sean realizados por obstetras, médico / a general, médico/a de familia, con la participación del equipo de atención primaria. (Ministerio de Sanidad, 2014)

Según la guía de práctica clínica se debe identificar todos los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndoles en modificables y no modificables.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.4 Actividades del Primer Control Prenatal

Los programas de control prenatal de varios países recomiendan que la primera consulta deba realizarse lo más precozmente posible, antes de las 12 semanas de gestación (primer trimestre de gestación). (Ministerio de Salud Pública, 2008), (Ministerio de Salud Pública, 2015) (J. Villar, MD, MPH, MSc, P. Bergsjø, MD, PhD, 2013)

Los objetivos en el primer control:

- Definir el estado actual de salud de la madre y del producto de la concepción.
- Determinar la edad gestacional.
- Evaluar los posibles riesgos
- Planificar los controles subsecuentes.

La duración de la primera visita será entre 30 a 40 minutos y 20 minutos para las vistas subsecuentes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y debidamente registradas en la Historia Clínica Perinatal y el Carné Perinatal, con la finalidad de valorar el estado general de la gestante e identificar posibles factores de riesgo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015) (CLAP/SMR, 2010) (CLAP/SMR, 2010) (Ministerio de Sanidad, 2014)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.5 Historia Clínica Perinatal

Es un instrumento con formato estructurado del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. (CLAP/SMR, 2010) (Ministerio de Salud Pública, 2008) en el que constan los siguientes datos:

Datos Personales.- La identificación de la mujer gestante nombre completo, documento de identidad, edad, raza, nivel educativo, estado civil, ocupación, procedencia, dirección y teléfono actuales.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, enfermedades metabólicas, autoinmunes, infecciosos (tuberculosis, HIV, ETS) o congénitas, gestaciones múltiples y otros.

Antecedentes personales: médicos, quirúrgicos, y tóxico-alérgicos.

Antecedentes obstétricos: número de embarazos y características de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, vía del parto, período intergenésico, fecha de la finalización del último embarazo.

Antecedentes ginecológicos: menarquia, características de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos de planificación familiar utilizados, enfermedades de transmisión sexual, historia o tratamiento de infertilidad y cirugías ginecológicas.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Es importante hacer énfasis en las patologías que haya presentado la paciente durante los seis meses previos a la gestación, sus complicaciones y los tratamientos recibidos.

Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, de fármacos en general; el consumo de cigarrillo, alcohol, exposición a tóxicos e irradiación.

El aspecto psicosocial es importante evaluarlo, ya que la ansiedad generada por el embarazo, cambios de humor, el soporte familiar, la violencia doméstica y la no aceptación del embarazo, son factores que pueden afectar negativamente la gestación. (Parra Pineda Mario, 2010)

Gestación actual: Se debe interrogar la fecha de la última regla (FUR) para calcular la edad del embarazo en semanas y la fecha probable de parto según regla de Naegele, que consiste en restarle 3 meses a la fecha de la última regla y añadirle 7 días (Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 2009) e identificación de factores de riesgo.

Examen físico: Debe ser completo con exploración por sistemas.

Es importante informar a la paciente que actividades vamos a realizar y preguntar si está de acuerdo.

Debe registrarse el peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura por enfermedades infecciosas, los primeros que son importantes en el diagnóstico del estado nutricional y de enfermedades hipertensivas del embarazo.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Evaluación del peso: Se debe tomar en cuenta el peso preconcepcional. (Ministerio de Salud Pública, 2008), (Parra Pineda Mario, 2010).

El aumento de peso en la embarazada sana debe estar entre 9 y 12 kg, repartidos así: 1,5 a 1,8 kg durante el primer trimestre, 3,5 kg en el segundo y el resto en el tercero, a un promedio de 350 g a 400 g por semana. (Ministerio de Salud Pública Chile, 2015)

Para la valoración del peso se recomienda utilizar las tablas de ganancia de peso materno en función de la edad gestacional o relación peso-talla según edad gestacional del CLAP o la tabla de incremento de porcentaje de peso-talla de Rosso-Mardones en la gestación. (CLAP/SMR, 2010)

IMC < 20 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 12 a 18 kg

IMC 20 – 24.9 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 10 a 13 kg

IMC 25 - 29 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 7 a 10 kg

IMC > 30 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 6 a 7 kg

En caso de embarazada con un IMC < 20 se recomienda debido al alto riesgo de parto pretérmino diseñar por parte del nutricionista un plan nutricional específico. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Un peso materno anormal previo a la gestación, con un índice de masa corporal mayor o igual a 30 o menor a 18, así como la anormalidad en la ganancia de peso durante la gestación, a pesar de



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

su baja sensibilidad diagnóstica, debe alertar al clínico la probabilidad de mayor riesgo de diabetes gestacional e hipertensión inducida en el embarazo; y en el bajo peso, a un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino. (Parra Pineda Mario, 2010)(Ministerio de Sanidad, 2014).

La medición de la talla es un dato importante ya que estaturas menores a 140 cm hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo -pélvico. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Para la toma de la tensión arterial debe cumplirse ciertas condiciones: la paciente debe estar en reposo, sentada, su brazo derecho colocado al nivel del corazón, usando un brazalete adecuado al diámetro de este.

Se insufla el brazalete unos 20 a 30 mm Hg por encima del valor en que se deja de palpar el pulso radial y luego se procede a desinflar lentamente, a 2 mm Hg por segundo. El valor sistólico corresponde al observado directamente en el esfigmomanómetro y el diastólico al 5o ruido de Korotkoff o al 4o cuando el 5o se encuentre cercano. (Aguilera, 2014)

En estas condiciones, toda paciente con una cifra sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o una cifra diastólica mayor o igual a 90 mmHg debe ser valorada a fin de descartarle un trastorno hipertensivo.

Se debe hacer énfasis en la auscultación cardiopulmonar, el examen del sistema vascular periférico, la observación y palpación adecuada de la tiroides, de las mamas, del abdomen y de los genitales femeninos, descartar patología cervical, especialmente procesos infecciosos cervico-vaginales. La toma de la citología vaginal debe realizarse durante la primera visita prenatal si no hay una previa en el último año. (Hospital Clínico Universidad Chile, 2005)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.6 CONTROLES SUBSECUENTES

En todos los controles prenatales se debe:

Medir y registrar presión arterial.

Medir y registrar el peso.

Redefinir el riesgo con la paciente y tomar decisiones de la conducta a seguir de forma conjunta.

Revisar, analizar y registrar los resultados de todos los exámenes y elaborar un plan de cuidados.

Dar recomendaciones respecto a estilos de vida saludable, ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad, recreación y planificación familiar.

Dar información verbal y escrita sobre el estado de embarazo y las acciones a seguir, discutir problemas y responder preguntas

2.7 ACTIVIDADES PRIORITARIAS A REALIZARSE EN EL CONTROL PRENATAL POR SEMANAS DE GESTACION

Menos de 12 semanas de gestación

Durante el primer trimestre de gestación, las actividades que deben cumplirse según la guía de práctica clínica de control prenatal del MSP:

Anamnesis: Fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, examen físico completo, violencia intrafamiliar.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Exámenes Complementarios: ecografía, biometría hemática, grupo sanguíneo, glicemia, VIH, VDRL, urocultivo.

Informar acerca de signos de alarma.

Seguimiento de factores de riesgo modificables.

Examen Odontológico

Entre las 12 y 24 semanas de gestación

Examen físico completo:

- Detectar pre-eclampsia mediante toma de TA y valoración con proteinuria en 24 horas.
- La evaluación de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación es posible realizarla a partir de la semana 20 a 22 y es útil para confirmar la vitalidad del feto. Normalmente, la frecuencia cardíaca fetal se encuentra en un rango de 120 a 160 latidos por minuto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015) (Hospital Clínico Universidad de Chile, 2005)
- La medición de la altura uterina se realiza desde el borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino, cuando se tiene una edad gestacional confiable, es una manera indirecta de valorar clínicamente el crecimiento fetal. En cada control a partir de la semana 24, se deberá medir altura uterina y, en caso de encontrar discrepancias entre la medición y la edad gestacional se deberá referir al especialista en gineceo-obstetricia. (CLAP/SMR, 2010) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La presentación fetal se puede evaluar mediante las maniobras de Leopold a partir de las 28 a 30 semanas de gestación. Ante la sospecha de presentación anómala se debe confirmar por ecografía transabdominal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Seguimiento de factores de riesgo modificables.

A partir de las 34 semanas de gestación.

Examen físico completo

Asesoría de planificación familiar

Informar sobre signos de alarma

Seguimiento de factores de riesgo modificables

Entre las 36 y 38 semanas.

Examen físico completo

Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía.

Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista.

En embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta.

Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, planificación familiar, facilitar información escrita.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Informar sobre signos de alarma.

En las 40 o más semanas de gestación.

Dar medidas preventivas de embarazo pos-término.

Referir al especialista en gineco-obstetricia para manejo individualizado.

Informar acerca de signos de alarma

2.8 EXÁMENES PARACLÍNICOS BÁSICOS DEL CONTROL PRENATAL

La Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del Ministerios de Salud Pública recomienda que durante el primer trimestre de embarazo: (<12 semanas), se deberá solicitar los siguientes exámenes complementarios.

Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hcto)

La concentración de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl durante el embarazo es necesaria para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto, y al final de la gestación, para una mejor tolerancia de la madre al sangrado durante el parto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015) (Parra Pineda Mario, 2010)

Por ello se recomienda su evaluación en el primer control prenatal y en la semana 28, momentos adecuados para el inicio del tratamiento en caso de presentar anemia la gestante. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos: trastornos hipertensivos gestacionales, hemorragia posparto, restricciones de crecimiento intrauterino y muerte fetal. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Grupo Rh y Coombs

Permite identificar a pacientes Rh negativo y estrategias de prevención (en las pacientes no sensibilizadas) o manejo (en las sensibilizadas). (Moise, 2012)

A estas pacientes se les debe solicitar en el primer control la prueba de Coombs indirecto. Si la prueba es negativa, en caso de ser el padre Rh positivo o no conocerse su serotipo, deberá solicitarse nuevamente la prueba en la semana 28 y en el momento del parto.

Si la prueba es negativa, se recomienda en estos dos momentos la colocación a la mujer de 300 mg de la inmunoglobulina anti-D, vía intramuscular. En caso de que el resultado de la prueba sea positivo, habrá que ser manejada como una paciente isoimmunizada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Glicemia

La prueba está indicada a toda mujer gestantes entre las semanas 28 a 32 de gestación, y antes, en la primera consulta prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo para diabetes, como la paciente obesa (con un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²), con antecedentes de hijos con un peso mayor o igual a 4.500 gr o diabetes gestacional previa, o una historia familiar con parientes en primer grado de diabetes. (Aguilera, 2014)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Durante la 2ª mitad del embarazo entre las semanas 24 y 28 de gestación el metabolismo de los hidratos de carbono se altera por el aumento de la producción de la hormona somatotropina coriónica placentaria, prolactina, cortisol y glucagón que contribuye a:

Disminuir la tolerancia a la glucosa, a incrementar la resistencia a la insulina y disminuyen las reservas de glucógeno por un aumento en la gluconeogénesis hepática.

El test de O'Sullivan guarda buena relación con el diagnóstico final de diabetes mellitus gestacional (DMG) según distintos test y criterios diagnósticos internacionales. En cuanto a la hemoglobina glucosilada, la sensibilidad y la especificidad no fueron buenas para los distintos puntos de corte y no se encontró un patrón claro entre el nivel de HbA1c% y el diagnóstico final de DMG. (Campuzano, 2015)

Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

A toda gestante se debe solicitar la prueba de tamizaje para HIV al inicio del embarazo, porque un adecuado tratamiento disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto. El examen debe repetirse entre las 32-34 semanas en pacientes con conductas sexuales de riesgo. Debe hacerse consejería pre y post examen con énfasis en el diagnóstico y tratamiento. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Detección de la infección por rubéola

La aplicación del TORCH, es una prueba útil para identificar a las mujeres con bajos niveles de anticuerpos (menos de 10 UI) o ausentes que deben ser inmunizadas en el puerperio inmediato.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cada mujer debe tener la detección serológica de inmunidad contra la rubéola en la primera visita prenatal.

Si no es inmune, la paciente debe ser aconsejada para evitar la exposición con individuos con rubéola y recibir la inmunización posparto.

Una vez se ha obtenido la documentación de la inmunidad a la rubéola como resultado de infección o inmunización, repetir la prueba es innecesario. (Latendresse, 2015)

Detección de la bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática es común en mujeres gestantes y su tratamiento ha demostrado que disminuye significativamente el riesgo de pielonefritis y bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, por lo que su diagnóstico es preciso descartarlo en todas las gestantes con la toma de un urocultivo en las semanas 12 a 16 de gestación. El examen se considera positivo cuando se encuentra un recuento mayor o igual a 100.000 cfu/ml. (Aguilera, 2014)

Existen otras pruebas para el diagnóstico de bacteriuria sintomática que por su baja sensibilidad o especificidad no se recomiendan utilizar, como la tinción de Gram de orina centrifugada, la prueba de orina con tiras reactivas para nitritos o estearasa leucocitaria.

Ecografía:

Se debe realizar entre la 11 y 14 semanas, utilizando la longitud cráneo-caudal como el parámetro que determinará la edad gestacional durante este periodo de embarazo. En caso de que la primera ecografía sea realizada después de las 14 semanas, los parámetros utilizados serán diámetro bi-parietal y la longitud del fémur. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

En las semanas 22-24, para evaluar anatomía fetal, detectar malformaciones congénitas, la longitud cervical, para detección de riesgo de parto prematuro.

Debido a que se ha detectado que pacientes asintomáticas, sin historia previa, con cérvix < 25mm tienen tres veces mayor riesgo de parto prematuro antes de las 34 semanas, si se administra progesterona en este grupo de pacientes es posible reducir este riesgo en un 44%. (Aguilera, 2014)

La ecografía en el tercer trimestre (30-36 semanas) valora alteraciones del crecimiento fetal. En caso de que durante este periodo de gestación se realice recién el primer control prenatal, el mejor parámetro para estimar edad gestacional es la longitud femoral.

Se debe realizar ecografía abdominal en toda mujer embarazada a las 36 semanas de gestación para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática.

Screening para hipotiroidismo es controversial, aunque muchas sociedades lo recomiendan.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sostiene que la evidencia todavía es insuficiente y recomienda realizarlo si hay síntomas, o en pacientes con historia previa de enfermedad tiroidea u otras condiciones médicas.

Toxoplasmosis:

Se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en mujeres gestantes de riesgo por exposición, debido a la alta prevalencia en nuestro medio. Evitar carne cruda o mal cocida y evitar el contacto con gatos y sus excretas.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Enfermedad de Chagas:

Se recomienda las pruebas de detección de Chagas en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a que en el Ecuador existen zonas endémicas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Streptococcus grupo B:

El tamizaje para diagnosticar la colonización recto-vaginal por streptococcus grupo B (EGB), en mujeres gestantes entre las 35 y 37 semanas de gestación debe realizarse en pacientes con factores de riesgo.

Se recomienda profilaxis antibiótica, si la paciente presenta los siguientes factores de riesgo: recién nacido previo con enfermedad invasiva por EGB, infección urinaria por EGB confirmada en el embarazo actual, parto prematuro, ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas y fiebre mayor a 38° C. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

2.9 ACTIVIDADES PREVENTIVAS

2.9.1 Inmunizaciones

Antitetánica: Para prevenir el tétanos neonatal, las gestantes que no hayan sido vacunadas en los diez últimos años, deben recibir 2 dosis con intervalo de 4 semanas, en el 2 do o 3.er trimestre, antes de la semana de las 36 semanas y un refuerzo posterior a los 6 meses después de la última dosis. (Ministerio de Salud Pública de Guatemala, 2009)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Las pacientes que no hayan sido inmunizadas en los 5 años anteriores, se recomienda una dosis de refuerzo. (Ministerio de Salud Pública, 2008) (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Influenza: La vacuna con influenza inactivada no se contraindica en el embarazo y se indica en períodos de epidemia

Hepatitis B: La vacunación no está contraindicada en el embarazo.

Fiebre amarilla: Tomando en cuenta el riesgo-beneficio, se recomienda a las gestantes no inmunizadas que viajen a zonas de alta prevalencia de fiebre amarilla su vacunación después de la semana 26, previa información. La vacuna, por ser de virus atenuados, se contraindica en el primer trimestre.

2.9.2 Control Odontológico

Lo debe realizar desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional. (Ministerio de Salud Pública, 2008) Algunos autores han asociado la enfermedad periodontal con resultados perinatales adversos, como parto pretérmino y bajo peso al nacer.

2.9.3 Consejería Nutricional

Se recomienda una dieta balanceada y variada de acuerdo a las preferencias de la gestante, se debe sugerir el consumo diario de lácteos descremados, frutas, verduras, legumbres y fuentes de proteínas tales como pescado, aves, huevos, carnes magras, y alimentos ricos en hierro y explicar a la madre los factores que pueden inhibir o promover la absorción de hierro. Las gestantes de peso normal deberían tener una ingesta calórica de 25-35 kcal/kg de peso ideal y agregar 100-200 kcal/día durante el embarazo. En gestantes con embarazo gemelar con IMC



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

normal, se recomiendan 40-45 kcal/día, además suplementos de hierro, ácido fólico, calcio, magnesio y zinc. (Aguilera, 2014)

Ejercicio: La mujer debe ser animada a continuar o comenzar con ejercicios aeróbicos durante el embarazo.

2.9.4 Micronutrientes

Uno de los micronutrientes de mayor importancia en la etapa previa y posterior a la concepción es el ácido fólico, también conocido como vitamina B9, folato.

El bajo consumo de folato está asociado a la anemia, defectos del tubo neural, enfermedades cardiovasculares, cáncer y alteraciones de las funciones cognitivas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011). (Guía de Control Prenatal, 2013)

En las mujeres que planifican su embarazo se sugiere la suplementación diaria con 0,4 mg de ácido fólico, al menos uno o dos meses previos a la concepción.

En las mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural, que han tenido un hijo anterior con defecto del tubo neural, son diabéticas o están tomando anticonvulsivos, se recomienda la suplementación diaria con dosis de 5 mg de ácido fólico. (Ministerio de Sanidad, 2014).

Dado que el tubo neural se cierra antes del día 28 de gestación, y cuando el embarazo es detectado la administración de suplementos de ácido fólico después del primer mes de gestación no servirá para prevenir defectos del tubo neural, aunque sí contribuirá, en cambio, a otros aspectos de la salud materna y fetal. (Organización Mundial de la Salud, 2014)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El hierro es el único nutriente cuyas necesidades no son cubiertas con una dieta normal. Los requerimientos son de 30 mg/día y la dieta diaria no supera los 15 mg/día, por lo tanto debe ser suplementado en dosis de 30-60 mg/día de hierro elemental en forma de sales ferrosas como fumarato, gluconato o sulfato, a partir de las 16 semanas. (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2014)

“Se recomienda la administración diaria por vía oral de suplementos de hierro y ácido fólico como parte de la atención prenatal para reducir el riesgo de bajo peso al nacer, anemia materna y ferropenia”. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La anemia en el embarazo constituye un grave problema de salud pública (con un porcentaje del 40%), una dosis diaria de hierro elemental de 60 mg es preferible a una dosis inferior. Cuando una mujer gestante es diagnosticada de anemia, se le deberá administrar diariamente suplementos de hierro (120 mg de hierro elemental) y ácido fólico (400 µg, o 0,4 mg) hasta que la concentración de hemoglobina ascienda a un valor normal. A partir de ahí puede pasar a recibir la dosis prenatal recomendada para prevenir una recaída, suplementación ácido fólico 0,4 mg y 60 mg de hierro elemental diario. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Es importante que la mujer gestante reciba en cada control prenatal: Consejería de Plan de Parto, Consejería en Planificación Familiar, Consejería en Lactancia Materna , ésta última será exclusiva hasta los seis meses del nacimiento y con alimentación complementaria hasta los dos años.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.9.5 Signos de Alarma

Informar sobre la importancia de la atención del parto institucional y signos de alarma, como ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, cambios en la orina y trastornos visuales y auditivos.

2.9.6 Criterios de referencia

La Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal del Ministerios de Salud del Ecuador, recomienda que se deba referir al segundo nivel a mujeres gestantes que presenten:

Condición de vulnerabilidad: edad materna menor o igual a 16 años o mayor o igual a 35 años, violencia intrafamiliar y de género, con discapacidades.

Antecedentes obstétricos de riesgo: abortos recurrentes, historia de mortinatos, amenaza de parto pre-término, trastornos hipertensivos del embarazo, isoimmunización, cirugía uterina previa, psicosis puerperal, gran multípara, etc.

Deficiente o excesivo incremento de peso, riesgo de preeclampsia, sangrado de la primera o segunda mitad del embarazo, infección vaginal o urinaria recurrente, embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto, presentación pélvica, embarazo múltiple, productos pequeños o grandes para edad gestacional, productos con anomalías congénitas, etc.

Comorbilidades: enfermedad cardíaca, incluyendo trastornos hipertensivos del embarazo, trastornos endocrinos como diabetes gestacional, hipotiroidismo, enfermedad renal, desórdenes psiquiátricos, hematológicos, autoinmunes, obesidad, lupus eritematoso, VIH, hepatitis B, hepatitis C, determinaciones de VDRL positivas; paciente Rh negativo. sospecha de embarazo



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ectópico o molar, óbito fetal; sospecha de malformaciones; hiperemesis gravídica, asma, drogadicción, epilepsia.

2.9.7 Criterios de contrarreferencia

Los profesionales de salud de los establecimientos de mayor nivel de atención, una vez proporcionado el servicio, obligatoriamente tienen que realizar la contrarreferencia al establecimiento de origen indicando los procedimientos realizados y, el manejo a seguir (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

2.10 Justificación

Un control prenatal óptimo, según las normas del MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de Bajo Riesgo.

No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo.

La atención del programa de control prenatal tradicional, tiene un enfoque orientado a realizar un interrogatorio y un examen físico ya esquematizado para la gestante, con complementos



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

adicionales de evaluación de exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción de un tratamiento terapéutico específico.

La satisfacción de la usuaria externa es un componente destacado de la calidad de atención médica que influye directamente de la utilización de los servicios y el grado de cumplimiento terapéutico.

2.11 Problema y Objetivos

2.11.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica de control prenatal, del Ministerio de Salud pública, en el Centro de Salud N1 de la ciudad de Ibarra, septiembre- diciembre de 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las condiciones sociodemográficas de mujeres gestantes que acude a control prenatal al Centro de Salud N1.

Verificar el cumplimiento de las recomendaciones acerca de las actividades prioritarias a realizarse durante la atención en las consultas prenatales según las semanas de gestación.

Relacionar el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal, con el tipo de personal de sanitario que atiende a las mujeres gestantes.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

2.12 Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 95 por ciento de las muertes maternas son evitables y que es posible disminuir esa cifra a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto.

En el Ecuador, de acuerdo a un estudio realizado sobre la calidad de atención a la embarazada en la consultas externas de establecimientos de salud de las provincias de Pichincha, Guayas, Manabí y Chimborazo, en el mes de Septiembre del 2012, con la participación del MSP, concluyeron que el porcentaje de personal que realizó un control prenatal de calidad, definido por la aplicación de 11 tareas claves, fue bajo (25,3%).

Es posible que esta situación pueda ser el reflejo de la baja cobertura de capacitación y la calidad de ésta; además de la falta de insumos y la falta de seguimiento en el servicio.

Un porcentaje representativo del personal de salud desconoce las normas y protocolos de atención materna, o que otros, conociendo las normas no las aplican. Existe una elevada rotación del personal y que el personal nuevo generalmente no se encuentra capacitado.

La calidad representa un desafío para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población, está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional. En el actual sistema de salud, la demanda de atención de salud y los costos crecientes de la misma obligan a una óptima utilización y distribución de los recursos existentes, hecho que adquiere importancia en la planificación de los servicios sanitarios.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Es por esto, que en la elaboración del presente trabajo, busca evaluar el cumplimiento de las actividades prioritarias a realizar en el control prenatal en el centro de salud N1.

2.13 Enunciación del Problema

¿Cuál es el cumplimiento de las actividades prioritarias de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del MSP, por parte del personal de salud, en el Centro de Salud N 1 de la Ibarra, en los meses de Octubre-Diciembre de 2016?

2.14 Hipótesis

Las actividades prioritarias de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del MSP, se cumple adecuadamente por los médicos generales, posgradistas de medicina familiar, médicos familiares, ginecólogo y obstetrix del Centro de Salud N1 de la Ciudad de Ibarra,



3 Capítulo III.

3.1 Metodología

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Gestantes vinculadas al programa de control prenatal, captadas por el personal de salud de la unidad operativa, durante los meses de septiembre a noviembre del 2016.

Muestra: se calculó una muestra de 169 gestantes a partir de la población a investigar teniendo en cuenta para su cálculo un intervalo de confianza de 95% y un error muestral de 5%.

3.1.3 Calculo muestral

$$n = N \times Z^2 \times p \times q$$

$$d \times (N-1) + Z^2 \times p \times q$$

- N = total de la población
- $Z^2 = 1,962$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso, 5% = 0,05)
- q = 1 – p (en este caso, 1 – 0,05 = 0,95)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = 948 \times (1,962)^2 \times 0,05 \times 0,95 = 169$$

$$0,03^2 \times (948 - 1) + (1,962)^2 \times 0,05 \times 0,95$$

Criterios de inclusión

Para fines de este estudio se incluirá Historias clínicas de mujer gestante que haya recibido atención médica prenatal en el Centro de Salud N° 1 de Ibarra.

Mujeres que cursen con un embarazo en cualquier semana de gestación.

Mujeres embarazadas de edades comprendidas entre 14 y 48 años.

Gestantes clasificados con riesgo obstétrico alto que sean referidas y controladas en unidades de salud II y III.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes que no pertenezcan al Centro de Salud N1.

Criterios de eliminación

Historias Clínicas de mujeres en control prenatal que presentes datos incomprensibles o con letra ilegibles.

3.2 OPERALIZACION DE VARIABLES



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Sociodemográficas						
Edad	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento	Demografía	Porcentaje por rango de edad.	Nominal	Revisión de Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Etnia	Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí	Demografía	Porcentaje de mujeres gestantes por etnia	Nominal	Revisión de Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Estado Civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	-----	Porcentaje de mujeres según estado civil	Nominal	Revisión de Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Nivel de Escolaridad	Programa educativo de mayor grado que haya aprobado.	-----	Porcentajes de mujeres gestantes según nivel de escolaridad	Ordinal	Revisión de Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Persona Sola	Se aplica a la persona que está sin compañía o que no tiene familia o amigos.	-----	Porcentaje de mujeres que viven solas	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Actividades hasta las 20 semanas de Gestación						
Control Prenatal	Conjunto de actividades realizadas por el equipo de salud a la mujer gestante, para garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y el feto durante la gestación y,	Anamnesis Examen Físico Exámenes Complementarios	Porcentaje de asistencia a controles prenatales.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

	posteriormente, una óptima atención del parto.					
Antecedentes patológicos personales.	Historias previas de enfermedades de la mujer gestante y familiares cercanos.	Personales Familiares Gineco-obstetricos	Porcentaje de registro de antecedentes patológicos personales.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de última fecha de menstruación hasta el nacimiento.		Porcentaje de registro de antecedentes gineco-obstetricos.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Fecha probable de Parto	Es el cálculo aproximado de la fecha a partir de la amenorrea.		Porcentaje de registro de Fecha probable de parto.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Examen físico	Valoración física minuciosa de aparatos y sistemas durante la captación de la mujer gestante.		Porcentaje de registro de antecedentes gineco-obstetricos.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Exámenes complementarios	Pruebas de rutina enviadas durante el embarazo		Porcentaje de pruebas de rutina enviadas durante el embarazo	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Ecografía	Es una técnica que permite la visualización del feto, placenta, líquido amniótico. Puede ser realizado vía vaginal y abdominal, según la edad gestacional.		Porcentaje de ecografías en la semana 11- 14 de gestación.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Inmunizaciones Antitoxina tetánica(dT)	Se refiere a la protección de un individuo contra enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas.		Porcentaje de mujeres gestantes que recibieron Dt antes de las 20 semanas de gestación	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIO N	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO

Actividades hasta las 22-27 semanas de Gestación



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tensión Arterial	Signo Vital que mide el gasto cardíaco y resistencia vascular periférica.		Porcentaje de registro de signos vitales.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Peso	Medida en kilogramos de la mujer gestante en cada control prenatal.		Porcentaje de registro de peso de la mujer gestante en cada control prenatal.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Frecuencia cardíaca Fetal	Son los latidos del corazón en 1 minuto.		Porcentaje de registro de Frecuencia Cardíaca fetal	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Altura Uterina	Es la medida en centímetros desde por encima del pubis hasta el fondo uterino.		Porcentaje de registro de Altura Uterina.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Movimientos Fetales	Percepción de movimientos fetales por la madre a partir de las 18 a 20 semanas de gestación.		Porcentaje de registros de movimientos fetales entre las 18 - 20 semanas de gestación.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Proteinuria	Es la presencia de proteínas en la orina.		Porcentaje de registros de proteinuria.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Inmunizaciones Antitoxina tetánica(dT)	Se refiere a la protección de un individuo contra enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas.		Porcentaje de mujeres gestantes que recibieron Dt antes de las 20 semanas de gestación	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Actividades en las semanas 28-33Gestación						
Consejería Prenatal	Preparación a la embarazada y a su pareja sobre signos de alarma, planificación familiar, plan de parto y lactancia materna.	Signos de alarma, Planificación familiar, Plan de parto Lactancia materna.	Porcentaje de registros de actividades de educación prenatal.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
Presentación fetal	Relación entre el eje de la cabeza al cóccix del feto y el eje de la cabeza al cóccix de la madre.			Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Actividades en las semanas 38-40	Procedimiento por el cual los prestadores de la salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad.		Porcentaje de mujeres gestantes que fueron referidas a II nivel de complejidad.	Nominal	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.
VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Profesión	Actividad permanente, ejercida mediante el dominio de un saber especializado.	Médico General Obstetriz Médico Familiar Ginecólogo	Porcentaje de cumplimiento de recomendaciones de actividades prioritarias de control de prenatal por semanas.	NOMINAL	Historia Clínica	Lista de chequeo de cumplimiento de Guía de Práctica Clínica.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Lista de Chequeo del cumplimiento de Actividades a realizar en la consulta de control prenatal primera y subsecuentes. (Anexo 1)

Consentimiento informado. (Anexo 2)

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Se revisarán las historias clínicas de manera aleatoria, se registrará en la lista de chequeo, para verificar el cumplimiento de las actividades prioritarias de control prenatal.

Se consolidará y analizará la información obtenida en la lista de chequeo de cumplimiento de recomendaciones del primer control prenatal y subsecuentes, en el programa estadístico EPI info 7.

3.4 Plan de análisis

Se analizará las variables sociodemográficas y biológicas, utilizando como instrumento lista de chequeo para valorar el cumplimiento de guía de práctica clínica de control prenatal.

El análisis del estudio será bivariado, sus resultados serán expresados de acuerdo al tipo de variable.

Estadística descriptiva, se aplicarán medidas de dispersión y medidas de tendencia central (variables cuantitativas).

Estadística inferencial, con las variables categóricas dicotomizadas (sí-no), se aplicará, con un nivel de significación estadística $p < 0.05$. Se utilizará el programa estadístico EPI-info versión 7.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

3.5 Aspectos bioéticos:

Se aplicara los principios de bioética médica:

Principio de autonomía: Se respetara los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen.

Principio de beneficencia: Hacer el bien.

Principio de no maleficencia: Se respetara la integridad del ser humano, lo que se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos.

Principio de justicia: El reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Procurar el acceso equitativo a los servicios de salud de la mujer, independientemente de edad, raza, estado civil, socioeconómico o religioso, reconociendo que los derechos sexuales y reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos.

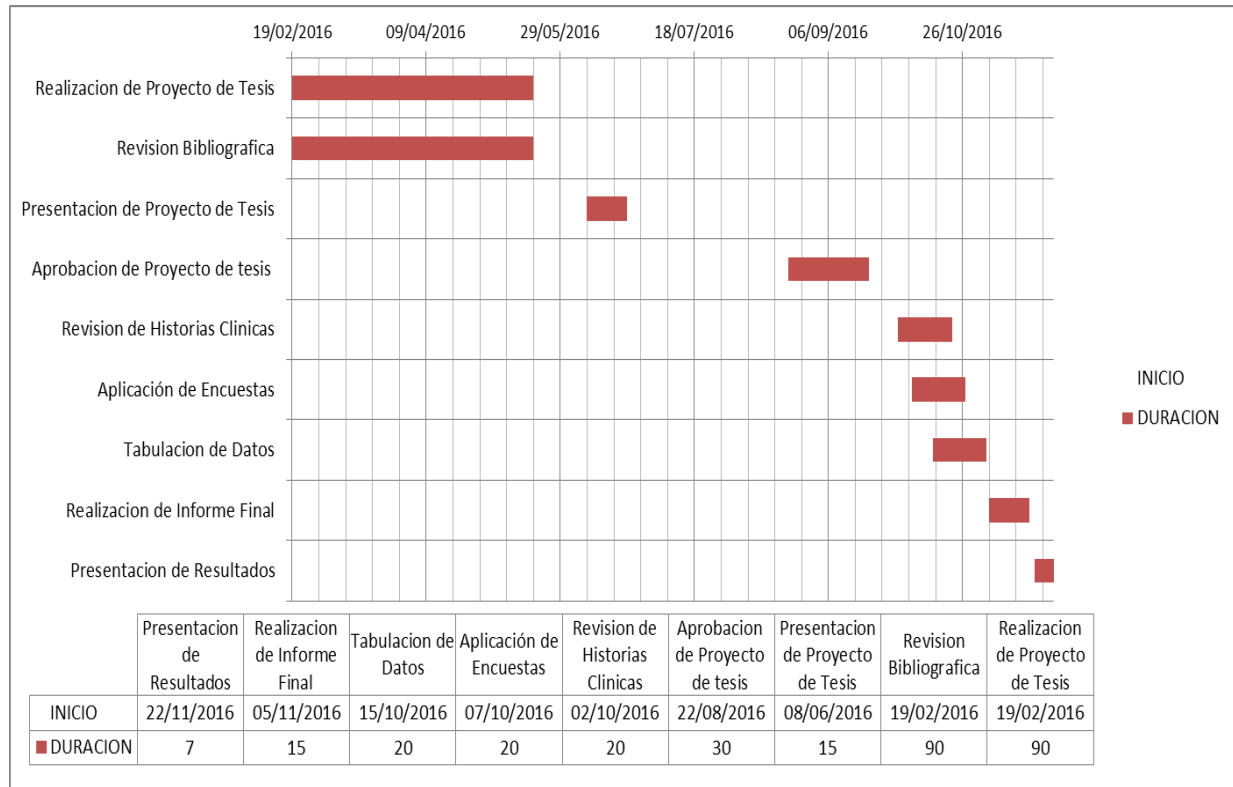
3.6 Aspectos administrativos

La información que se adquiriera será con la autorización del Técnico Administrativo del Centro de Salud N°1.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

3.7 Cronograma de actividades



3.8 Recursos utilizados

Recursos Humanos: Profesionales de Salud.

Recursos Informáticos: Computadoras, EPI INFO 7.

Recursos no informáticos: Revisión documental de historias clínicas como fuente secundaria de información, lista de chequeo.

Recursos Económicos:

Materiales de Oficina	Inversión
Hojas de Papel Boone.	20 dólares
Carpetas	5 dólares



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Impresiones y copias	70 dólares
Empastado de Tesis	45 dólares
Total	140 dólares



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

4 CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

El presente estudio se realizó con 169 historias clínicas de pacientes que recibieron atención prenatal por los profesionales de salud (Ginecólogo, Médico Familiar, Médico General, Obstetrix y PG. Medicina Familiar) en el Centro de Salud N1-Ibarra, durante los meses de Septiembre a Noviembre del 2016.

Análisis Descriptivo

TABLA 1.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS EMBARAZAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2016, AL CENTRO DE SALUN N1 –IBARRA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14-19	41	24,26%
20-30	89	52,66%
30-40	37	21,89%
MAS DE 40	2	1,18%
Total	169	100,00%
ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Blanca	1	0,59%
Indígena	3	1,78%
Mestiza	158	93,49%
Negra	7	4,14%
Total	169	100,00%
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	43	25,44%
Secundaria	103	60,95%
Universidad	23	13,61%
Total	169	100,00%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Casada	52	30,77%
Soltera	64	37,87%
Unión estable	53	31,36%
Total	169	100,00%
VIVIR SOLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	166	98,22%
Si	3	1,78%
Total	169	100,00%
GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	31	18,34%
1	65	38,46%
2	39	23,08%
3	17	10,06%
4	9	5,33%
5	2	1,18%
6	2	1,18%
7	3	1,78%
9	1	0,59%
Total	169	100,00%

Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP.

Las características sociodemográficas de la población en estudio son: mujeres, el rango de edad comprendido entre 15 a 35 años, que corresponde el 98.81%. Con respecto a la etnia observamos que 93,49% son mestizas, y en menor porcentaje son negras (4,14 %) e indígenas (1,78 %). En la variable escolaridad se encontró que el 25,44% (43) han cursado la primaria, el 87% tienen estudios secundarios, y apenas el 13,61 han cursado estudios universitarios. En lo referente al estado civil gran parte de las mujeres (116) mantienen una relación estable (casada- unión libre), este valor responde al 68.64 %, por lo tanto viven en familia el 98,22 % y viven solas el 1.78 % que implicaría un factor de riesgo a ser considerado, el 37,87 % corresponde a madres solteras. Con respecto a la paridad se encontró 31 pacientes son nulíparas, que pertenece a 18,34% mientras que 8 (4.73%) pacientes son múltiparas.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tabla2.- Cumplimiento de Registro de Antecedentes Patológicos Personales, Quirúrgicos, Familiares, Gineco-obstetricos

PROFESIONAL	Antecedentes Patológicos, Personales, Quirúrgicos, Familiares, Gineco-obstetricos					
	MENOS DE 10/10				TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GINECOLOGO	0	0	2	100	2	1,18
MEDICO FAMILIAR	0	0	47	100	47	27,81
MEDICO GENERAL	0	0	83	100	83	49,111
OBSTETRIZ	0	0	25	100	25	14,79
PG MEDICINA FAMILIAR	0	0	12	100	12	7,1
TOTAL	0	0	169	100%	169	100%

Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP.

El cumplimiento de registro de antecedentes personales, patológicos, personales, quirúrgicos, familiares y gineco-obstetricos, es del 100%, por el personal de salud del Centro de Salud N1-Ibarra.

Tabla 3.- Cumplimiento de registro del exámenes de complementarios, según el profesional que le atendió.

REGISTRO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS - PROFESIONAL DE SALUD						
	Obs	Total	Mean	Varianc e	Std Dev	
GINECOLOGO	2	20	10	0	0	
MEDICO FAMILIAR	47	463,7 5	9,867	0,5594	0,7479	



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MEDICO GENERAL	83	808,75	9,744	0,9436	0,9714	
OBSTETRIZ	25	250	10	0	0	
PG MEDICINA FAMILIAR	12	120	10	0	0	
	Minim m	25%	Median	75%	Maximu m	Mod e
GINECOLOGO	10	10	10	10	10	10
MEDICO FAMILIAR	5	10	10	10	10	10
MEDICO GENERAL	5	10	10	10	10	10
OBSTETRIZ	10	10	10	10	10	10
PG MEDICINA FAMILIAR	10	10	10	10	10	10
P-value = 0,58313						

Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP.

El cumplimiento es similar en todos los profesionales de salud, ya que las medias son iguales.

Tabla 4.- Registro de examen físico según el profesional que le atendió

PROFESIONAL	REGISTRO DE EXAMEN FISICO							
	2 - 4 puntos		8 puntos		10 puntos		TOTAL	
	INADECUADO		MODERADO		ADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GINECOLOGO	0	0%	0	0%	2	100%	2	1,18
MEDICO FAMILIAR	1	2,13%	1	2,13%	45	95,74%	47	27,81
MEDICO GENERAL	4	4,82%	3	3,61%	76	91,57%	83	49,111
OBSTETRIZ	0	0%	0	0%	25	100%	25	14,79
PG MEDICINA	0	0%	0	0%	12	100%	12	7,10



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

FAMILIAR								
TOTAL	5	2,96%	4	2,37%	160	94,67%	169	100%

Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

El análisis del registro de examen físico, podemos observar que el 94,67% de cumplimiento es adecuado por parte de los profesionales de salud, 2,37% de cumplimiento moderado y el 2,96 % de cumplimiento inadecuado.

Podríamos decir que la obstetriz, los posgradistas de medicina familiar, ginecólogo cumplen en 100 % el registro del examen físico, el médico familiar en 95,74% y el médico general 91,57%.

Al realizar el análisis global del registro del examen físico es importante ya nos permite valorar e identificar factores de riesgo en la mujer gestante.

TABLA 5.- REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN EL PROFESIONAL QUE LE ATENDIO.

PROFESIONAL	REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS							
	2,86 a 5,71 puntos		7,14 a 8,57 puntos		10 puntos		TOTAL	
	INADECUADO		MODERADO		ADECUADO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GINECOLOGO	0	0%	0	0%	2	100%	2	1,18
MEDICO FAMILIAR	0	0%	7	14,89%	40	85,11%	47	27,81
MEDICO GENERAL	5	6,02%	27	32,53%	51	61,45%	83	49,111
OBSTETRIZ	0	0%	0	0%	25	100%	25	14,79
PG MEDICINA FAMILIAR	0	0%	2	16,67%	10	83,33%	12	7,10
TOTAL	5	2,96%	36	21,30%	128	75,74%	169	100%



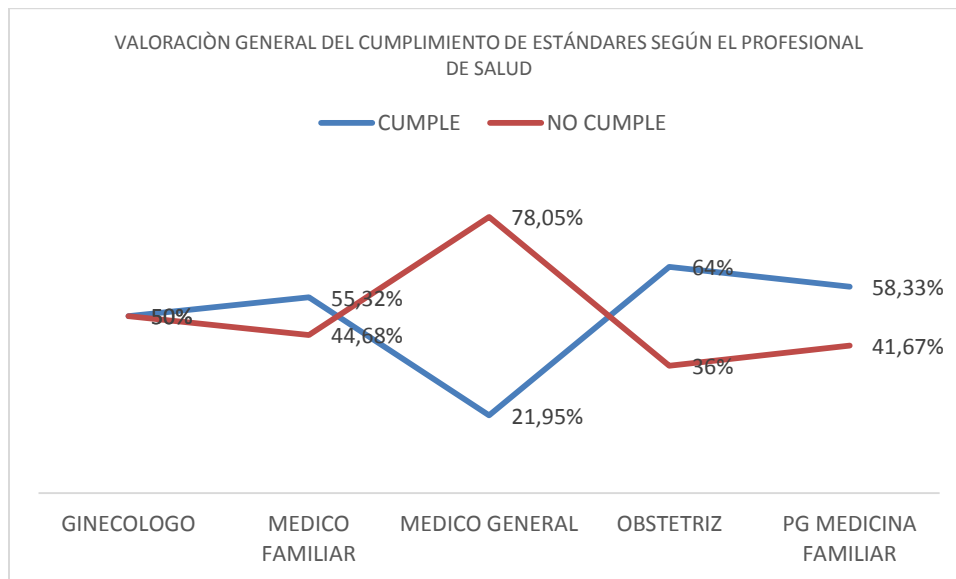
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

De las 169 historias clínicas revisadas, el registro de medidas preventivas alcanza un nivel de cumplimiento de registro inadecuado es de 2,96%, un cumplimiento moderadamente adecuado con 21,30 % y el cumplimiento adecuado es de 75,74 % lo que nos indica que los profesionales de salud realizan actividades preventivas en el control prenatal.

Si realizamos el análisis por profesional la obstetrix, ginecólogo, cumplen el 100 %, los médicos familiares 85% y posgradista de medicina 83%, y los médicos generales 61,45%.

GRAFICO 1 VALORACION GLOBAL DEL CUMPLIMIENTO DE ESTADARES SEGÚN EL PROFESIONAL DE SALUD



Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

Al analizar globalmente las actividades prioritarias durante el control prenatal por profesionales, observamos que el ginecólogo cumple adecuadamente en 50 % de las atenciones, los médicos familiares tienen un 55,32 % de cumplimiento, el médico general cumple apenas con 21,95 %, mientras que la obstetrix cumple en 64% de manera adecuada

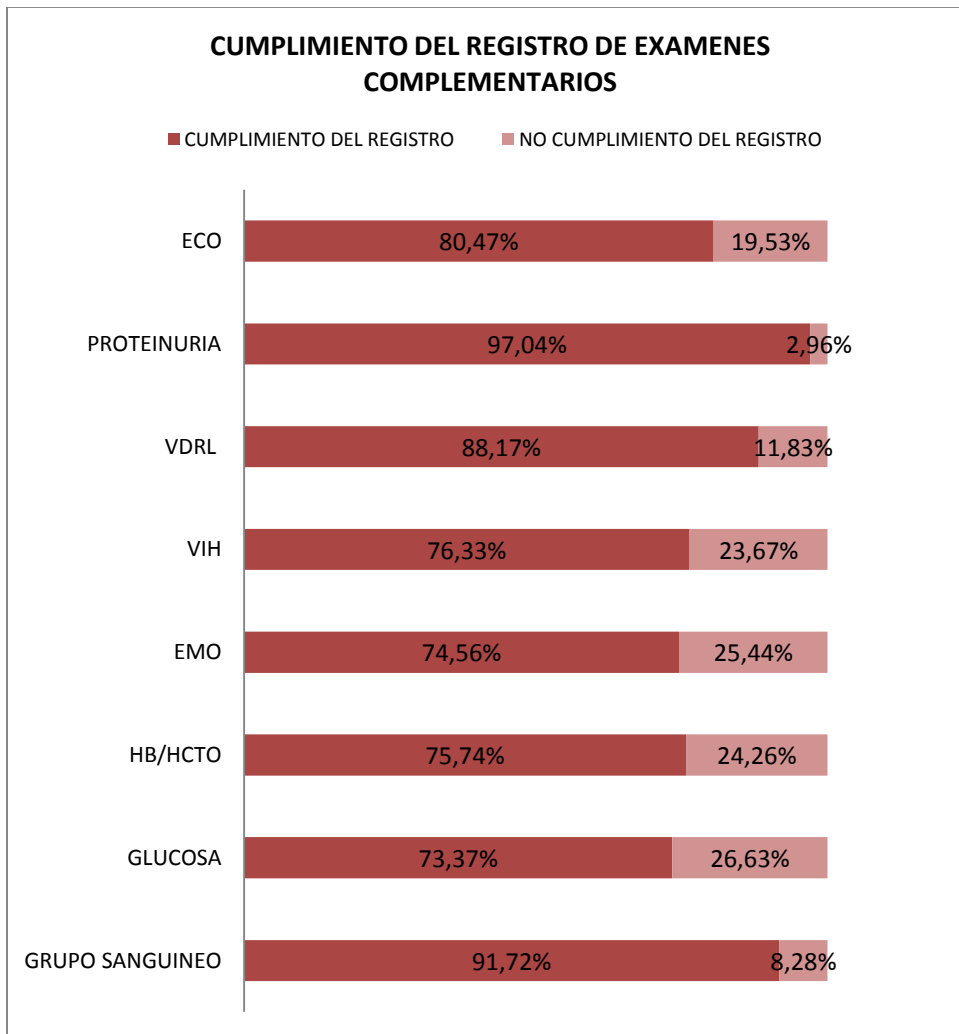


PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

siendo el profesional que mejor cumplimiento tiene, los posgradistas de medicina familiar presentan un 58,33 % de cumplimiento adecuado.

El no cumplimiento de las actividades prioritarias del control prenatal varia de un profesional a otro así tenemos que el médico general no cumple en 78,05%, el ginecólogo en 50%, los posgradistas de medicina familiar en 41,67% , los médico familiares en un 44,68% y la obstetriz en 21,95%.

GRAFICO 2.- CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS



Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

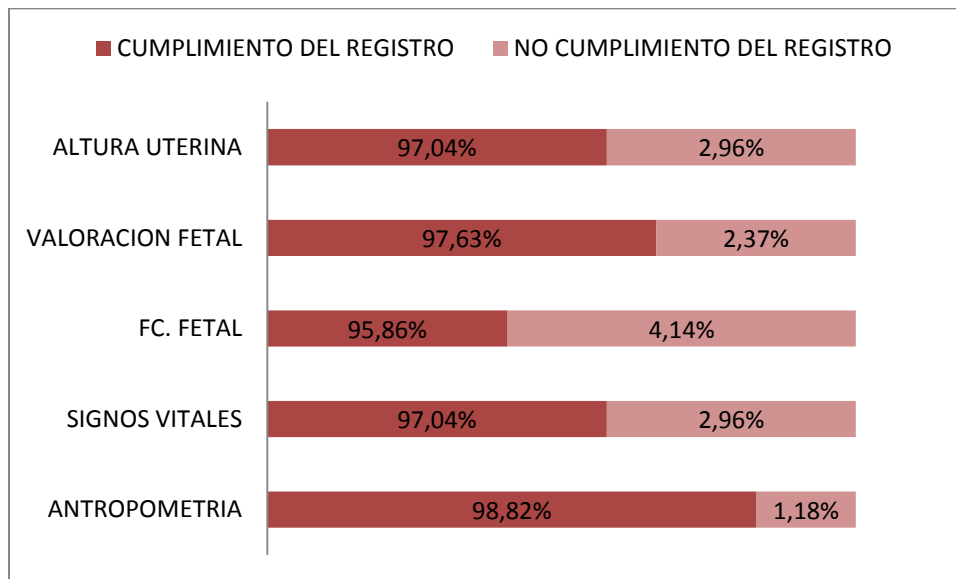


PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Con respecto al cumplimiento del registro de exámenes complementarios, la glucosa (26,63 %), examen elemental de orina (25,44%), hemoglobina (24,26%), y el VIH (23,63%) son los exámenes que no se registra adecuadamente.

Los exámenes que son registrados adecuadamente por semana de gestación son la proteinuria (97,04), el grupo sanguíneo (91,72 %), el VDRL (88,17%) la ecografía (80,47 %).

GRAFICO 3.- CUMPLIMIENTO DE REGISTRO DE EXAMEN FISICO



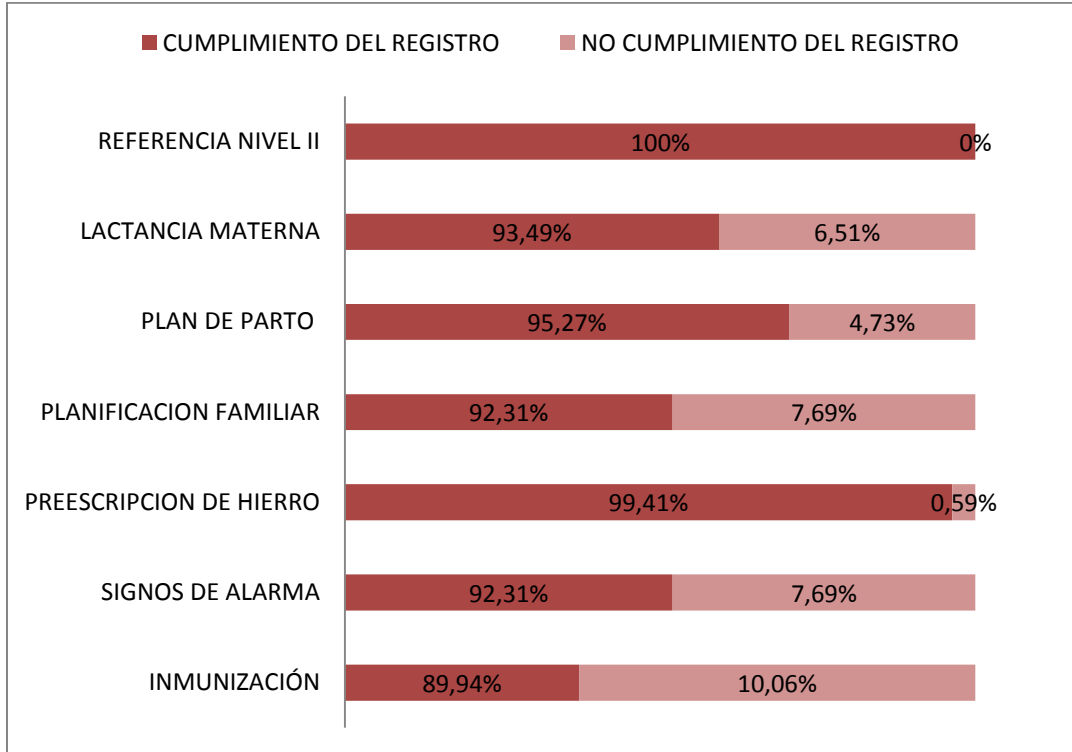
Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

Al analizar el cumplimiento de registro de examen físico por semanas de gestación observamos que el cumplimiento de las 5 actividades prioritarias son cumplidas de manera adecuada en 98 % antropometría, signos vitales y altura uterina en 97,04 %, el incumplimiento tiene un porcentaje bajo de 4,14 % en el registro de frecuencia cardiaca fetal, en 2,37 % en la valoración fetal y en 2,96% en el registro de signos vitales y altura uterina.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

GRAFICO 4 .- CUMPLIMIENTO DE REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS



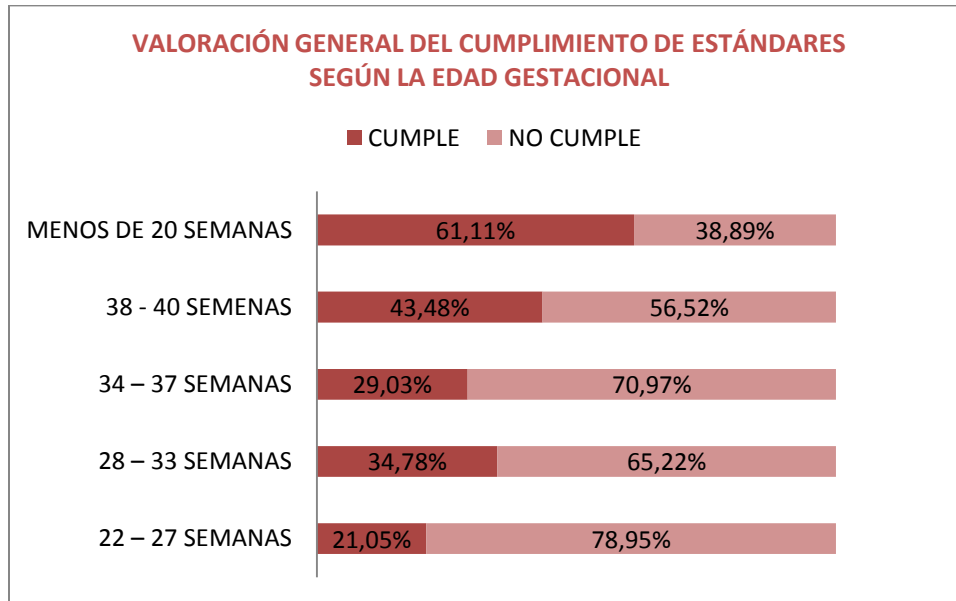
Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

Al analizar en cumplimiento de las actividades prioritarias de registro de medidas preventivas por semanas de gestación, podemos decir que de las 7 actividades el porcentaje de cumplimiento adecuado es muy aceptable, en la referencia a II nivel de atención se cumple el 100%, la prescripción de hierro (99,41), plan de parto (95,27), lactancia materna (93,49), signos de alarma y planificación familiar(92,31 %).

Grafico 5.- Valoración del Cumplimiento de las Actividades Prioritarias según la Edad Gestacional



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Fuente: Lista de Chequeo de Cumplimiento de las Actividades Prioritarias de la GPC de Control Prenatal 2015, MSP

Al analizar del cumplimiento de actividades prioritarias por semanas de gestación, podemos decir que 61.11% de los controles en menos de 20 semanas de gestación, el 43,48 % en la semana 38-40 son adecuados, mientras que 78,95 % en las semanas 22 a 27, y el 70,95 % en la semanas 34-37 no se cumple adecuadamente.



5 CAPITULO V

5.1 DISCUSION

A partir de los hallazgos encontrados, no aceptamos la hipótesis que establece que existe un adecuado cumplimiento de las actividades prioritarias de la GPC del control prenatal del MSP por parte del personal de salud, porque solo se registran en su totalidad los datos sociodemográficos, y los antecedentes personales, familiares, quirúrgicos y ginecológicos.

En cambio los datos de exámenes complementarios, examen físico y medidas preventivas son registrados parcialmente.

La importancia de estos aspectos radica en lo citado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016: “se requiere que en cada visita se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece 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” . p. 10.

En lo que respecta a los resultados de las características sociodemográficas de las embarazadas que acuden al centro de salud, encontramos en nuestra población adultas jóvenes y adolescentes con baja escolaridad que se parecen a la población de un estudio sociodemográfico realizado en México por Mora y Hernández (2015).

Los profesionales de salud que atienden a las gestantes son variados, y su beneficio radica en lo descrito en las GPC del Ministerio de Sanidad de Andalucía, 2014: “ los cuidados prenatales prestados por profesionales diferentes a los ginecólogos u obstetras han mostrado una reducción del coste de estos cuidados”. P.36

Existe poca participación de los profesionales de ginecología en los controles prenatales, situación similar de una investigación realizada en Costa Rica por Alfaro,N y Campos,G (2014).

En lo que se refiere con el registro del cumplimiento de los exámenes complementarios, los valores de hemoglobina bajos tienen una estrecha relación con IMC bajos, por deficiencias nutricionales, parecido a lo que sucede en Medellín Colombia, Escudero, L, Parra, B y Restrepo, S (2011).

Hay además estudios que demuestran la importancia del urocultivo en la detección de la bacteriuria asintomática en la embarazada y se ha relacionado con diversas complicaciones como



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

pielonefritis, parto prematuro, parto pretérmino, bajo peso al nacer y recomiendan el urocultivo como método de detección . Autún,D, Sanabria,V, Cortés,E, Rafael,O y Hernández, M .(2015). Caso que no se cumple en nuestra población, en donde se registra solo el examen elemental y microscopio de orina.

La proteinuria en el embarazo se relaciona con los niveles de presión arterial. Se vio que los niveles elevados de proteinuria y presión arterial no disminuyeron la vitalidad del neonato, en cambio niveles elevados de proteinuria tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones maternas. Encalada y Peña (2010).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) representan uno de los problemas de salud más relevantes a escala mundial. Es importante desde el momento de la concepción (por la posible transmisión de la infección a la pareja), y con especial trascendencia a lo largo de la gestación , por la susceptibilidad fetal y neonatal (transmisión vertical), por ello, es primordial combatir la transmisión vertical durante el embarazo en toda mujer gestante infectada por este virus.

González y Rodríguez (2016)

El registro del Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo y su importancia radica en conocer las 10 recomendaciones: la confirmación de la amenorrea por embarazo, la localización del saco gestacional, la verificación de la viabilidad del embarazo , la comprobación de la vitalidad del producto, la detección del riesgo de aborto, la determinación del número de productos y de la edad gestacional , la evaluación de alteraciones uterinas y ováricas , la identificación de aneuploidías y el envío oportuno a segundo o tercer nivel de atención, con base en el diagnóstico. Con este conocimiento no se busca sustituir la clínica en el control del embarazo, sino complementar la atención prenatal de calidad. El ultrasonido es inocuo, no invasivo y de bajo costo; si se emplea de manera adecuada desde el primer nivel de atención, puede disminuir la realización de estudios de este tipo en el segundo nivel de atención y con ello confirmar que proveer de ultrasonidos a las unidades de Medicina Familiares una buena estrategia institucional. Casas,D,Rodríguez A, Galeano C, Quiroz I y Reséndiz, S (2012)

Nuestra población de embarazadas si tienen acceso a la utilización del Ultrasonido que se encuentra en el Centro de Salud N° 1 y que está plenamente justificado por el comentario anterior.

Al hablar de las actividades prioritarias del examen físico de la embarazada, hay que recalcar lo que dice la OMS en su biblioteca de Salud Reproductiva 2015: “ no se dispone de suficiente evidencia para determinar si la medición de la altura uterina es efectiva para detectar el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) del feto. Por consiguiente, no podemos recomendar ningún cambio en la práctica actual . Se deben realizar más estudios clínicos.”



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Las mujeres que durante el embarazo tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada, presentan una mejor evolución gestacional y del parto. Las mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener hipertensión, diabetes mellitus, várices, coledocolitiasis, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, complicaciones tromboticas, anemia, infecciones urinarias y desórdenes en la lactancia. Minjarez, M., Rincón, I., Morales, Y., Espinosa, M., Zárate, A. y Hernández, M., (2014).

En las actividades preventivas, señalan los autores lo siguiente:

La vacunación forma parte de las políticas de salud pública en el mundo civilizado y es el resultado de una robusta evaluación en la que cabe enumerar cuatro apartados. En primer lugar su implantación viene precedida por grandes estudios clínicos que demuestran eficacia y seguridad, duran varios años e incluyen un gran número de sujetos. En segunda instancia las entidades reguladoras proceden a la evaluación de los hallazgos precedentes y en la Unión Europea es la agencia del medicamento la que aprueba su utilización. En tercer término las autoridades sanitarias definen el modo de empleo, definiendo la población diana y las pautas de administración al tiempo que evalúan las necesidades de salud pública de un determinado entorno. Finalmente se establecen sistemas de vigilancia y evaluación constantes de su aplicación a gran escala cuya coordinación compete a diferentes organismos de ámbito público en el seno de la farmacovigilancia.

En nuestro criterio, el papel del Ginecólogo-Obstetra-Perinatólogo es el de asumir en primer término la calidad de los cuidados, documentar la historia de protección natural o adquirida, aconsejar la actualización del calendario y proceder a la administración y registro de las inmunizaciones pertinentes. Todo ello dirigido al beneficio de la mujer y a paliar el déficit de compromiso de las autoridades sanitarias. Los profesionales no deben eludir el reto que tienen planeado. Eiros, J., Bachiller, R. y Zurita, V. (2013)

El Plan de Parto y Nacimiento está relacionado positivamente con un aumento del “contacto piel con piel”, del “pinzamiento tardío del cordón” y de la tasa de “partos eutósicos”, prácticas que directa o indirectamente disminuyen los gastos sanitarios y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido. Además, se ve reforzada la autonomía de las mujeres gracias a la “elección de postura en la dilatación y en el parto”, a la “ingesta de alimentos o líquidos”, e incluso con el uso de “enemas” y del “rasurado del periné”. Suárez, M., Armero, D., Canteras, M. y Martínez, M. (2015).



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Planificación Familiar, sobre este tema se realizó un estudio en Chile, en el que se analizó el conocimiento y la percepción de los y las adolescentes sobre el Programa de Planificación Familiar, en el que aunque todos reconocían que la responsabilidad es de ambos, las mujeres consultaron más el programa que los varones y reconocían haber recibido más información sobre métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual que sus pares varones (el 40% y el 13,5% respectivamente). Los adolescentes de ambos sexos siguen teniendo concepciones erradas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es necesario intensificar las actividades de difusión de los Programas de Planificación Familiar entre los y las adolescentes. Parra, J., Domínguez, J., Maturana, J., Pérez, R., y Carrasco, M. (2013).

Esta sería una buena estrategia a aplicar en nuestro grupo de estudio, considerando que de acuerdo a la edad cronológica, el grupo de las adolescentes embarazadas ocupan el segundo lugar.

La dieta adecuada y la actividad física regular están indicadas para los principales riesgos obstétricos con los que se relaciona la obesidad materna como son los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional, para su manejo se debe orientar a la paciente a una ganancia controlada de peso durante el embarazo. Lozano, A., Betancourth, W., Turcios, L., Cueva, J., Ocampo, D., Portillo C., y Lozano L. (2016)



6 CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

El cumplimiento de las actividades prioritarias de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal en el Centro de Salud N1 es inadecuada en 50,61%, siendo los médicos generales los que menor porcentaje de cumplimiento tiene.

Dentro de las variables sociodemográficas se observó que el rango de edad predominante fue entre los 15-35 años de edad en un 98,81% de la población, el nivel de estudios que predominó en las pacientes fue estudios secundarios con un 60,95%, con respecto a la etnia observamos que 93,49% son mestizas, y en lo referente al estado civil gran parte de las mujeres mantienen una relación estable (casada- unión libre), este valor responde al 68,64 %, el 31,36 % corresponde a madres solteras.

El cumplimiento de registro de datos sociodemográficos, y antecedentes de personales patológicos, quirúrgicos, familiares y gineco-obstetricos se cumplen en un 100% y por todos los profesionales de salud.

Con respecto al registro del examen físico (SCORE MAMA) podemos observar que el 94,67% de cumplimiento es adecuado por parte de los profesionales de salud. Al realizar el análisis global del registro del examen físico es importante ya que nos permite valorar e identificar factores de riesgo en la mujer gestante.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Existe una diferencia importante en el cumplimiento de registros de exámenes complementarios por parte de los profesionales de salud, apenas el 46,15 % de cumplimiento adecuado. El registro de medidas preventivas alcanza un nivel de cumplimiento adecuado de 75,74 %.

En cuanto a las actividades prioritarias por semanas de gestación se observa que los controles prenatales en las primeras de semanas de gestación (< 20) tienen un cumplimiento adecuado de 61.1 %, mientras que en las semanas 22-27 de gestación el cumplimiento es de apenas 21%.

El cumplimiento de registro de actividades prioritarias por parte de los profesionales de las salud es interesante ya que la obstetriz es la que tiene un cumplimiento adecuado, mientras que los médicos familiares, ginecólogo, posgradistas de medicina familiar tiene un cumplimiento moderado, y los médicos generales un cumplimiento leve.

6.2 RECOMENCIONES

1.- Es necesario hacer una evaluación constante en cuanto al cumplimiento de las actividades prioritarias de control prenatal, a fin de que se recolecten los datos a cabalidad y no se dejen de plasmar información para obtener un diagnóstico adecuado y oportuno.

2.- Desarrollar un protocolo simplificado de las actividades prioritarias del control prenatal, para hacer más práctica la toma de decisiones ante la identificación de factores de riesgo reduciendo así las situaciones que puedan condicionar una elevada morbilidad materno-infantil.

3.- A las autoridades competentes, reforzar estructural y humanamente mediante la capacitación del personal de salud a fin de mejorar la atención de la gestante y atención posterior del neonato.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

4-. Actualizar los sistemas de control y registro estadístico de las historias médicas del Centro de Salud N1, ya que existe pérdida y duplicación de historias clínicas.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

7 BIBLIOGRAFIA

J. Villar, MD, MPH, MSc, P. Bergsjø, MD, PhD,. (2013). Nuevo Modelo de Control Prenatal OMS. Lima: Organización Mundial de la Salud.

Aguilera, S. (2014). Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes, 880.886.

Campuzano, J. (2015). Cribado de diabetes gestacional con test de O ' Sullivan. Actualizacion en Medicina de Familia, 103-105.

CLAP/SMR, C. L. (2010). Sistema Informático Perinatal - Historia Clínica Perinatal y formularios complementarios. Montevideo- Uruguay: Publicación Científica CLAP/SMR 1572.

Guía de Control Prenatal. (2013). Bogotá.

Hospital Clínico Universidad de Chile. (2005). Obstetricia. Santiago-Chile.

J. Goberna i Tricasa, P. G. (1996). Evaluación de la calidad de la atención prenatal. Atencion Primaria.

Latendresse, G. (2015). First Trimester and Noninvasive Prenatal Testing. Journal of Midwifery and Women's Health, 24-36.

Ministerio de Salud Pública. (2008). Componente Normativo Materno. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2013). Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. En M. d. Publica, CONE en el Sistema Nacional de Salud. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Guía Perinatal (1era ed.). Santiago-Chile.

Ministerio de Salud Publica Chile. (2015). Guía Prenatal. Chile.

Ministerio de Salud Pública de Guatemala. (2009). Control Prenatal. Proyecto Salud Materno Infantil, 12-22.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con Micronutrientes. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Modelo de Atención Integral de Salud. En M. d. Pública. Ecuador.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Control Prenatal-Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.

Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2014). Anemia en el Embarazo-Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.

Ministerio de Sanidad. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. En M. d. Sanidad, Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Argentina: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Moise, K. J. (2012). Management and prevention of red cell alloimmunization in pregnancy: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 1132-1139.

OMS. (2014). Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud Materna y Neonatal: Atención Preconcepcional, Prenatal y Posnatal inmediata. Bogotá: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: OMS.

Parra Pineda Mario. (2010). EL Control Prenatal. En *Obstetricia Integral Siglo XXI* (págs. 76-86). Colombia.

Publica, M. D. (; 2014). Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo (1ª Edición ed.). (L. Caracola, Ed.) Quito.

Alfaro, N., y Campos, G. (2014). 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 en Costa Rica*, (26), 1-19. Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf>.

Autún, D., Sanabria, V., Cortés, E., Rangel, O. y Hernández, M. (2015). Etiología y frecuencia de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 148-151. Recuperando de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716000029>.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Casas, D., Rodríguez, A., Galeana, C., Quiroz I. y Reséndiz, S. (2012). Ultrasonido en el primer trimestre del embarazo. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 50(5), 497-504. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125i.pdf>.
- Eiros, J., Bachiller, R. y Zurita, V. (2013) Avances en vacunas: Vacunas en el embarazo. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 50, 159-165. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4819460.pdf>.
- Encalada, W., Peña, C. (2010). Proteinuria y presión arterial de pacientes preeclámpticas severas y eclámpticas: relación con el resultante neonatal y la presencia de complicaciones maternas en pacientes de terapia intensiva del hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” de enero a junio 2010. *Revista “Medicina”* 16 (4), 273-279. Recuperado de <http://www2.ucsg.edu.ec/dmdocuments/medicina16-4.pdf>.
- Escudero, L., Parra, B., y Restrepo, S. (2011). Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(4), 429-437. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46922443005>.
- González, L., Cernadas, S., González, R., Cerviño, E., Ocampo, E., Miralles C., Pérez, L., López, R. y Cajal C. (2016). Resultados perinatales asociados a las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 59(1), 3-6. Recuperado de <http://www.sego.es/Content/pdf/revprog/v59-n1-revprog.pdf>.
- Japaraj, R., Ho, J., Valliapan, J. y Subramaniam, S. (2015). Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/fetal_disorders/prenatal_diagnosis/cd008136/es/.
- Lozano, A., Betancourth, W., Turcios, L., Cueva, J., Ocampo, D., Portillo C., y Lozano L. (2016) Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. *iMedPub Journals* 12(3), 1-7. Recuperado de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sobrepeso-y-obesidad-en-el-embarazo-complicaciones-y-manejo.pdf>.
- Martínez, J. (2016). La maternidad en madres de 40 años. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3), 451-458. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662016000300012.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf.
- Minjarez, M., Rincón, I., Morales, Y., Espinosa, M., Zárate, A. y Hernández, M., (2014). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción humana*, 28(3), 159-166. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007.
- Parra, J., Domínguez, J., Maturana, J., Pérez, R., y Carrasco, M. (2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud colectiva*, 9(3), 391-400. Recuperado en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300009.
- Suárez, M., Armero, D., Canteras, M. y Martínez, M. (2015). Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000300520&script=sci_arttext&tlng=es.
- Susacasa, S. (2014). Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbilidad materna. Un estudio cuali-cuantitativo en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33(3), 110-118- Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/912/91238563001.pdf>.
- Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F. y De la Vara, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

8 Apéndice

ANEXOS 1.-LISTA DE CHEQUEO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PRIORITARIAS MODIFICADAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL 2015 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE IBARRA, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2016.

Fecha:

N° de H.Cl:

Código:

Profesional de Salud que le Atendió:

Datos Demográficos:

EDAD

14 -19 años	
20-30 años	
30-40 años	
Más de 40 años	

ETNIA:

Blanca	
Indígena	
Mestiza	
Negra	
Otra	

ESCOLARIDAD

Ninguna	
Primaria	
Secundaria	
Universidad	

ESTADO
CIVIL

Soltera	
Unión estable	
Casada	
Otros	

Vive Sola

de Gestas:.....

Si	
No	



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

de Control Prenatal:.....

ACTIVIDAD	< de 20 Semanas de Gestación.		22-27 Semanas de Gestación		28-33 Semanas de Gestación		34-37 Semanas de Gestación		38-40 Semanas de Gestación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Registro Datos socio – demográficos										
Registró de antecedentes personales, familiares, ginecológico.										
GESTACION ACTUAL										
Registro de Fecha de <i>última</i> Menstruación										
Registro de Fecha Probable de Parto										
Registro Edad Gestacional										
ACTIVIDAD	< de 20 Semanas de Gestación.		22-27 Semanas de Gestación		28-33 Semanas de Gestación		34-37 Semanas de Gestación		38-40 Semanas de Gestación	
EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Registro de grupo sanguíneo										
Registro de Glucosa										
Registro de Hematocrito, Hemoglobina										
Registro de Elemental y Microscópico de Orina										
Registro de VIH.										
Registro de VDRL.										
Registro de Proteinuria										
Registro de Ecografía										



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Examen Físico										
Registro de Talla, Peso, IMC										
Registro de Signos Vitales; Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno, Temperatura.										
Registro de frecuencia cardíaca Fetal										
Valoración de presentación fetal										
Registro de Altura Uterina										
ACTIVIDAD	< de 20 Semanas de Gestación.	22-27 Semanas de Gestación	28-33 Semanas de Gestación	34-37 Semanas de Gestación	38-40 Semanas de Gestación					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS										
Registro de Inmunizaciones										
Prescripción de 60 mg Hierro más 0.40 mg Ácido Fólico										
Consejería Planificación Familiar										
Consejería Plan de Parto										
Consejería Lactancia Materna										
Realizo referencia a II nivel										

Aplicado por:

Sello:



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL CENTRO DE SALUD N1 DE LA CIUDAD DE IBARRA, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2016.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Mariela Bolaños, Guadalupe Játiva

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a los profesionales que laboran en el Centro de Salud N1 - Ibarra se les invita a participar en la investigación EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CONTROL PRENATAL DEL MSP EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016.

PARTE I:

Información

Somos, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estamos investigando sobre el cumplimiento de la guía de control prenatal del MSP, en el centro de salud N1.

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle.

Propósito



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El presente trabajo tiene como finalidad verificar el cumplimiento de las recomendaciones de la guía de práctica clínica de control prenatal, y así fortalecer la calidad de atención que reciben las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud N1.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá la aplicación de lista de chequeo del cumplimiento de las recomendaciones de la guía de práctica clínica de control prenatal.

Selección de participantes

Se escogerá de manera aleatoria historias clínicas de mujeres gestantes, atendidas en mes de septiembre y octubre, de consultas primeras y subsecuentes.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

Beneficios

Con su participación en la presente investigación se beneficiara los usuarios internos y externos del centro de salud N1.

Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información con estricta reserva.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con de las siguientes personas: Guadalupe Játiva, numero de celular 0995852600, correo electrónico guadalupita_j@yahoo.com. Mariela Bolaños, numero de celular 0993601810, correo electrónico marielabolanos@gmail.com.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación de la Evaluación de cumplimiento de la guía de práctica clínica de control prenatal del MSP, en el centro de salud N 1- Ibarra, en los meses de Septiembre a Diciembre.

He sido informado con lenguaje sencillo el objetivo de esta investigación. Sé que puede que no hay beneficios económicos por la participación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, numero de celular y correo electrónico que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado ____ (iniciales)