

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**CAUSAS DE REFERENCIA PARA RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN MUJERES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE SAN MIGUEL CHAPULTEPEC
“BICENTENARIO” DURANTE EL 2012**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICA CIRUJANA

PRESENTA:

M.P.S.S. ANA FERNANDA TENA HUERTA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. EN C. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES

REVISORES DE TESIS:

M. EN I.C. JOAQUÍN ROBERTO BELTRÁN SALGADO

E.G.O. MARTHA PATRICIA SÁMANO ORTEGA

M. C. ALICIA LIRA ALCÁNTARA

D. EN C. S. VÍCTOR MANUEL ELIZALDE VALDÉS

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2014

ÍNDICE

Resumen	1
I Marco Teórico	
Antecedentes	2
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	6
Embarazo, principales cambios anatómicos y fisiológicos	11
Control prenatal	12
Patologías más frecuentes en el embarazo	13
Vías de resolución obstétrica	19
Evaluación de Riesgo Obstétrico	21
Criterios de Referencia según la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo	25
Marco Legal	27
Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud	28
II Planteamiento del problema	33
III Justificación	35
IV Objetivos	36
V Metodología	37
VI Resultados	42
VII Conclusiones	50
VIII Recomendaciones	55
IX Bibliografía	57
X Anexos	61

DEDICATORIA

A DIOS Y A MI FAMILIA.

Causas de Referencia para resolución obstétrica en Mujeres Embarazadas atendidas en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec "Bicentenario" durante el 2012

Resumen

Objetivo: Identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas atendidas en el CEAPS San Miguel Chapultepec Bicentenario durante 2012.

Diseño: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Resultados: Durante el 2012 se realizaron un total 207 referencias a segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas atendidas en el citado CEAPS. El promedio de consultas de atención prenatal fue de 7 y el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las secundigestas. Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y sufrimiento fetal agudo. De los 73 registros que se encontraron para resolución obstétrica, el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas y el 13.70% legrados. El Hospital para la Mujer fue la unidad a la que se enviaron más pacientes, seguido por el Hospital Materno Perinatal.

Conclusión: Se debe reevaluar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, fortalecer la capacitación, supervisión y vigilancia del personal de salud y administrativo en materia de atención obstétrica, así como establecer las medidas correctivas pertinentes para que este sistema funcione adecuadamente y así generar estadísticas confiables que permitan el desarrollo de estrategias efectivas que contribuyan a la disminución de la morbilidad materno-infantil, ya que la presente investigación se vio limitada por cuestiones tales como registro incompleto de pacientes y un seguimiento inadecuado de las mismas lo que disminuyó el tamaño de la muestra generando estadísticas poco significativas.

Causes of Reference for Obstetric Resolution in Pregnant Women attending the Specialized Center for Primary Health Care in San Miguel Chapultepec "Bicentenario" in 2012

Abstract

Objective: To identify the most common causes of reference for obstetric resolution of pregnant women attended in San Miguel Chapultepec CEAPS San Miguel Chapultepec Bicentenario in 2012.

Design: An observational, cross-sectional and retrospective study.

Results: During 2012 a total of 207 references of pregnant women attended in the mentioned CEAPS were made to second and third level of attention. The average of prenatal care visits was 7. The group of patients most frequently referred was women that coursed their second pregnancy. The most frequent diagnosis found were: threatened abortion, previous caesarean, more than 40 weeks of gestation, preterm labor, premature rupture of membranes, preeclampsia and acute fetal distress. From the 73 records found for obstetric resolution, 57.53% were vaginal births, 24.66% caesareans, and 13.70% were abortions. The Hospital for Women was the unit that most patients were sent to, followed by the Maternal and Perinatal Hospital.

Conclusion: We should reassess the reference and counterreference system, strengthen the training, supervision and monitoring of health and administrative staff in obstetric care so corrective measures can be established for this system to work properly and in order to generate reliable statistics that enable the development of effective strategies that contribute to the reduction of maternal and infant morbidity, as this research was limited by issues such as incomplete patient records and inadequate monitoring of them, which reduced the sample size to generate significant statistics.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El acceso a una atención de calidad durante el embarazo y el resultado materno-perinatal no sólo son indicadores de desarrollo en los países, sino que deben abordarse como parte de un proceso de atención prenatal-resolución del embarazo, ya que por la complejidad del embarazo como fenómeno biosociocultural, las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir complicaciones que pongan en peligro sus vidas. Este riesgo depende del contexto en el que se encuentren, del acceso que tengan a los recursos para poder resolverlas y de las características de tales recursos, tanto en términos de habilidades técnicas como de infraestructura y organización. Se estima que alrededor del 15% de los embarazos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico capacitado, sin embargo en los países en vías de desarrollo, dicho personal sólo está presente en la mitad de los casos (1).

En el año 2000 se realizó un estudio de 217 pares de proveedores-usuarias de servicios de salud en materia de atención prenatal, entrevistados en 95 unidades de la Secretaría de Salud de atención de primer nivel de ocho entidades federativas de la República Mexicana (D.F., Guerrero, Jalisco, México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán), se recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario de conocimiento a los proveedores, y se analizó la relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en la entrevista directa. Dentro de los resultados pertinentes a la presente investigación, cabe destacar lo siguiente: el promedio de calificación obtenido por los proveedores en materia de capacidad de resolución de problemas clínicos relacionados con la Atención Prenatal, fue de 3.12 +/- 1.88 en calificación sobre 10, la entidad con promedio más alto fue Oaxaca con 4.79, mientras que el Estado de México ocupó el lugar más bajo con 1.43. Sólo 6 casos, de un total de 217

proveedores (2.8%) acreditaron el examen; el más alto obtuvo calificación de 7.8. El 74.1% de los proveedores había recibido algún tipo de curso. En 6 de las entidades estudiadas (91.6%) todos habían recibido al menos una supervisión en los últimos 6 meses. El tiempo promedio de espera fue de una hora con 46 minutos, sin embargo las usuarias llegaron a esperar hasta 4 horas para recibir atención, y el 51.6% de las usuarias manifestaron una atención de calidad inadecuada (2). Lo que significa que a pesar de constantes capacitaciones y supervisiones, la calidad de atención en materia de atención prenatal es deficiente, lo que claramente se ve reflejado en la insatisfacción de las usuarias, y a su vez influye en la morbilidad materno-infantil.

Durante el año 2011, los nacimientos atendidos en ISEM, a nivel estatal, en primer nivel fueron 2,457 y en segundo nivel 120,031, en el IMIEM 9,574, otros 2,253 (parteras empíricas y maternidad Atlacomulco) dando un total de 134,325 nacimientos, con 127 muertes maternas, lo que significa que en primer nivel se atendió el 1.8% de los nacimientos, segundo nivel 89.4% y en el IMIEM el 7.1%, a pesar de que en dicho año se contaba con 58 Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud (52 con sala de expulsión), 27 hospitales municipales y 24 hospitales generales (3).

Para esto, en mayo 2012 el Instituto de Salud del Estado de México ha desarrollado un programa de Redes Integradas de Atención a la Salud 2012-2030, el que cuenta con 18 subsistemas de atención a la salud, teniendo cada una como cabeza de red un hospital de referencia, idealmente con una capacidad instalada capaz de soportar el flujo de referencias generado por las unidades de menor resolución del área de influencia y garantizar así la atención integral de pacientes (incluidas las mujeres embarazadas y su producto, coadyuvando a la disminución de la muerte materno infantil en el Estado de México, compromiso internacional establecido en la cumbre del milenio de la ONU) (3).

A nivel de la red correspondiente a San Miguel Chapultepec, (Toluca, IMIEM, con 5 hospitales municipales) durante el 2011, en primer nivel se atendieron 589

nacimientos, en segundo nivel 9,574, nacimientos atendidos por parteras 64, dando un total de 10,227 nacimientos. Lo que se traduce en una sobredemanda en el IMIEM, ya que durante el 2011 la Red atendió un 121% de los eventos obstétricos esperados en la zona, mientras los Hospitales municipales presentaron a penas un 33% de ocupación, y el porcentaje de cesáreas del IMIEM fue de 39 % (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas son prevenibles. Para esto, uno de los objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU consiste en la reducción del 75% de las tasas de mortalidad materna con respecto a los niveles de 1990 y el acceso universal a la salud reproductiva para 2015 (5).

A nivel nacional, durante el año 2011 se registraron 971 muertes maternas (RMM: 43.2*) mientras que en el Estado de México se registraron 127 (RMM: 41.5*)

*Calculada con la actualización de nacidos vivos estimados de las proyecciones de población del CONAPO 2010-2050. Razón de Mortalidad Materna (RMM), definida como el número de defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) (5). A continuación se presenta en orden descendente, una lista las muertes maternas registradas por Entidad Federativa durante el 2011 (5):

Nacional	971
Edo. Mex	127
Veracruz	81
Guerrero	69
Chiapas	60
Puebla	59

DF	56
Michoacán	53
Oaxaca	50
Chihuahua	46
Guanajuato	42
Jalisco	36

Nuevo León	25
S L P	24
Coahuila	22
Sonora	22
B.C. Norte	21
Tabasco	21

Hidalgo	16
Querétaro	16
Yucatán	14
Durango	13
Morelos	13

Quintana Roo	13
Zacatecas	12
Campeche	10
Nayarit	10
Tamaulipas	10

Sinaloa	9
Tlaxcala	7
Aguascalientes	5
Colima	5
B.C. Sur	4

En el siguiente cuadro comparativo, se desglosan algunas de las características sociodemográficas de las mujeres que se registraron como muertes maternas durante el 2011 a nivel Estado de México y a nivel Nacional (5):

Características	Nacional	Estatal
Edad: menor de 19 años	9.6%	7.1%
Estado civil: unión libre o casada	82.5%	79.5%
Ocupación: hogar	82.3%	76.4%
Sin escolaridad	7.5%	4.7%
Sin seguridad social ni protección a la salud	20.0%	28.4%
Tenía Seguro Popular	48.1%	46.5%
Murió en una clínica u hospital del servicio federal o estatal de salud	54.6%	70.1%
Murió en una clínica u hospital de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social	17.4%	13.4%
Murió en su casa	12.7%	5.5%
Contó con asistencia médica	86.8%	95.3%
Murió por causas obstétricas indirectas	24.7%	19.7%
Por enfermedades hipertensivas del embarazo	24.4%	29.9%
Por hemorragia del embarazo, parto y puerperio	23.1%	
Por otras complicaciones, principalmente del embarazo y parto		13.4%
No tuvo control prenatal durante el embarazo	7.6%	11.8%
Inició el cuidado prenatal entre el primer y tercer meses del embarazo	12.1%	8.7%

Tuvo entre tres y cinco consultas prenatales	43.8%	44.1%
Recibió atención de un médico durante el parto	31.3%	34.7%
Atendió el parto en una clínica u hospital del servicio federal o estatal de salud	67.8%	78.0%
Atendió el parto en su casa	46.6%	
Abortó	12.4%	56.7%

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Es el flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido (6).

Referencia: Es la acción y efecto de remitir a un paciente de una unidad de menor complejidad (unidad referente) a otra de mayor resolución o complejidad (unidad receptora) para dar respuesta a sus necesidades de salud (7).

Contrarreferencia: Es la acción y efecto de remitir a un paciente, de una unidad de mayor complejidad a una de menor resolución, independientemente de que fuera o no referido por esta última (7).

Con el fin de documentar la acción organizada para coadyuvar el cumplimiento de los objetivos del Instituto de Salud del Estado de México en materia de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en Sesión Ordinaria de fecha 29 de febrero de 2012 aprobó el siguiente documento: “Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad”, cuyo objetivo general es garantizar la continuidad

de la atención médica, mediante la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas y servicios de atención primaria, hospitalaria y de especialidad pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México (7).

A continuación se enuncian las principales políticas relacionadas con la presente investigación:

- A toda referencia, corresponderá una contrarreferencia o, en su caso, un egreso, siendo responsables de ello, tanto la unidad referente, como la unidad receptora o contrarreferente, para apoyar al personal de salud en el seguimiento del tratamiento, diagnósticos de subsecuentes referencias y la continuidad a las acciones de los programas de salud.
- **La referencia de pacientes maternos y pediátricos se realizará en el marco de los lineamientos nacionales y estatales que norman esta actividad.**
- Los pacientes serán aceptados y atendidos en las unidades médicas receptoras de acuerdo a la capacidad física instalada, a la complejidad de su padecimiento y al nivel resolutivo de la unidad receptora (cero rechazos).
- En todos los casos deberá efectuarse el registro de los pacientes referidos y contrarreferidos en el expediente clínico, en los formatos del Sistema de información en Salud (SIS) y en los registros específicos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en cada servicio de atención.
- Los pacientes referidos deberán presentarse en la unidad médica receptora en forma oportuna, en la fecha indicada y con el formato de referencia correspondiente.

A continuación se enuncian las principales responsabilidades de las partes que intervienen en el procedimiento de referencia y contrarreferencia:

La Unidad Médica Referente/ Médico Tratante deberá:

- Valorar íntegramente al paciente y determinar con base en un diagnóstico médico, si presenta una urgencia calificada, decidir su referencia a una unidad

médica de complejidad superior, así como determinar si el paciente requiere que la unidad le gestione telefónicamente cita para su atención.

- Informar al paciente sobre su referencia y requisitar el formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia) en original y dos copias, indicar a trabajo social o al Responsable de la función, contactar a la unidad médica receptora y solicitar cita para el paciente, informar a Trabajo Social el diagnóstico médico del mismo y entregarle el formato de referencia y contrarreferencia en original y dos copias.
- Recibir al paciente contrarreferido y el formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Contrarreferencia), enterarse del motivo de la Contrarreferencia y brindar atención al paciente, turnar el formato al archivo clínico, verificar el número de folio de la referencia, enterarse del motivo del egreso y contrarreferencia, registrar en la libreta de control de contrarreferencias y brindar atención al paciente, turnar la nota al archivo clínico.

El Paciente/ Familiar y/o Responsable deberá:

- Notificar a la Unidad Médica Referente una vez que sea atendido o se le proporcione el servicio médico solicitado en la Unidad Médica Receptora.
- Recibir información del procedimiento a seguir para la obtención de cita y el original y primera copia del formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia), presentar el formato en el área de control de citas y solicitar cita o, en su caso, enterarse del motivo de la contrarreferencia, recibir la Hoja de Contrarreferencia en original y acudir con la misma a la unidad médica indicada.
- Recibir original de la Nota de Egreso/ Contrarreferencia e indicaciones del trámite, acudir a la unidad médica indicada, informar el resultado final de su estado de salud, presentar el formato y solicitar atención.


La Unidad Médica Receptora o Contrarreferente/ Médico del Servicio deberá:


- Recibir al paciente, original y primera copia del formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia), enterarse del motivo de la referencia, ratificar o rectificar el diagnóstico y determinar si el paciente requiere ser

contrarreferido, si requiere consulta subsecuente u hospitalización o, en su caso, informar al paciente el motivo de la contrarreferencia, elaborar el formato, entregar original al paciente e indicarle el procedimiento a seguir para su atención en la unidad médica a la que se contrarrefiere.

- En caso de paciente con urgencia calificada, recibir al paciente y el formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia) en original y primera copia, ratificar o rectificar diagnóstico, estabilizar al paciente y determinar si la unidad cuenta con capacidad para atenderlo.

A continuación se presenta el formato de Referencia y Contrarreferencia utilizado por la Secretaría de Salud.

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	SECRETARÍA DE SALUD SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA														
FECHA DE REFERENCIA (3) _____ No. DE CONTROL (4) _____		FOLIO: (1)													
		(2) <input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO													
NOMBRE DEL PACIENTE (7) _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">EDAD (5)</th> <th colspan="2">SEXO (6)</th> </tr> <tr> <td>ANOS</td> <td>MESES</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		EDAD (5)		SEXO (6)		ANOS	MESES	M	F				
EDAD (5)		SEXO (6)													
ANOS	MESES	M	F												
DOMICILIO DEL PACIENTE (8) _____															
MOTIVO DE ENVÍO (9) _____		DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL (10) _____													
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (12) _____		URG. (11) _____													
ESPECIALIDAD O SERVICIO (13) _____															
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (14) _____		CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (15) _____													
NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (16) _____		CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (17) _____													

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	SECRETARÍA DE SALUD HOJA DE REFERENCIA														
		FOLIO: (18)													
		<input type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO													
Fecha (20) _____ No. de control (21) _____		Clasificación Socioeconómica (22) _____ URGENCIA (23) SI _____ NO _____													
NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (24) _____		CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (25) _____													
II															
NOMBRE (5) (26) _____		APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____													
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (27) _____		PARENTESCO (28) _____													
NÚMERO DE EXPEDIENTE (29) _____		EDAD (30) _____ SEXO (31) _____													
III															
UNIDAD QUE REFIERE (32) _____															
IV															
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (33) _____															
DOMICILIO (34) _____															
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA (35) _____															
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA (36) _____															
V															
MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): (37) T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____															
F.R. _____ FC. _____ PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____															
LLENADO CAPILAR (38) _____															
PADECIMIENTO ACTUAL (39) _____															
EVOLUCIÓN (40) _____															
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (41) _____															
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (42) _____															
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (43) _____		NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE (44) _____													
ORIGINAL - PACIENTE ANVERSO VISITA DOMICILIARIA															
217820000-181-07															

(7)

VI

FECHA DE VISITA (45) _____ FECHA DE ALTA (46) _____
SE LE ATENDIÓ: (47) SI _____ NO _____ NOMBRE DE LA UNIDAD (48) _____
PORQUE (49) _____
OBSERVACIONES (50) _____

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE (51) _____
ESPECIALIDAD O SERVICIO (52) _____ FECHA (53) _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:
PADECIMIENTO ACTUAL (54) _____
EVOLUCIÓN (55) _____
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (56) _____
DIAGNÓSTICO DE INGRESO (57) _____
DIAGNÓSTICO DE EGRESO (58) _____
INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: (59)

Debe Regresar (60) _____ Fecha (61) _____
En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono (62) _____

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE (63)	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (64)
---	--

217B20000-181-07

REVERSO

EMBARAZO

El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Durante el embarazo, la mujer experimenta cambios funcionales, metabólicos, morfológicos e incluso psicológicos, que permiten el desarrollo y nutrición del producto (8). A continuación se enuncian brevemente los principales cambios:

Cambios Hemodinámicos: El volumen sanguíneo materno se expande (9), lo que conduce a una disminución de hemoglobina por dilución, aunado a la transferencia de depósitos de hierro al feto determina una anemia fisiológica en la gestante (10). El gasto cardíaco aumenta de un 30 a un 50% de 4 a 6 litros por minuto, y el aumento de la frecuencia cardíaca de 10 a 20 latidos por minuto se debe al incremento de receptores miocárdicos alfa mediados por estrógenos (11). Las resistencias vasculares sistémicas disminuyen en un 15%, (12) y la presión venosa se eleva gradualmente durante el embarazo, sobre todo en miembros pélvicos (13).

Cambios respiratorios: Conforme avanza la gestación, el diafragma se eleva 4 cm y el perímetro de la parte inferior de la caja torácica se expande 5 cm, lo que reduce el volumen de los pulmones en reposo ocasionando una disminución aproximada del 5% de la capacidad pulmonar total (10,14). La elevación de la progesterona conduce a un aumento del estímulo respiratorio, lo que se traduce en un ligero incremento de la frecuencia respiratoria (15).

Cambios gastrointestinales: Las náuseas y vómitos afectan hasta un 50% de las mujeres embarazadas, sobre todo en el primer trimestre. La elevación de la progesterona, los factores mecánicos y el incremento en el tamaño del útero, contribuyen al retraso del vaciamiento gástrico y al incremento de su volumen (10). Este descenso en la motilidad gástrica y la prolongación del tránsito gastrointestinal pueden inducir estreñimiento. Otro efecto del aumento de la progesterona es la disminución del tono del esfínter esofágico inferior y el aumento

de la producción placentaria de gastrina, así como la disminución de tono de la vesícula biliar, condicionando un distensión y vaciado lento de la misma, con el consecuente aumento de espesor de la bilis, lo que aumenta el riesgo de presentar colelitiasis o colecistitis (10).

Cambios genitourinarios: Los riñones se desplazan cranealmente y aumentan 1 cm de tamaño aproximadamente, debido al incremento de vascularización. Existe una dilatación del sistema colector renal y uréteres a consecuencia de la progesterona, lo que predispone a la gestante a padecer infecciones de vías urinarias (10). Aumenta la tasa de filtración glomerular y el flujo plasmático renal, lo que disminuye las cifras séricas de creatinina, ácido úrico y urea. Aumenta la excreción urinaria de albúmina y proteínas, y glucosa (9). En los genitales externos se produce un aumento de la vascularización en la región perianal y en la vulva, otorgándoles un aspecto cianótico y edematoso. Existe un aumento de secreción vaginal y cervical a consecuencia de mayor producción hormonal, esta secreción contiene bacilos de Doderlein que estimulan una mayor producción de ácido láctico, acidificando el pH vaginal y de esta manera otorga protección frente a infecciones (10). A nivel de mamas existe un aumento de tamaño debido al crecimiento del tejido glandular y de la vascularización (9).

CONTROL PRENATAL

Son todas las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal. La embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación, la 2a. consulta entre la 22 - 24 semanas, la 3a. entre la 27 - 29 semanas, la 4a. entre la 33 - 35 semanas y la 5a. entre la 38 - 40 semanas. Posteriormente se requieren consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42 (8).

Las principales actividades que deben realizarse durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica,
- identificación de signos y síntomas de alarma,
- medición y registro de peso y talla, de presión arterial,
- **valoración del riesgo obstétrico,**
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto,
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL,
- determinación del grupo sanguíneo,
- examen general de orina,
- detección de VIH en mujeres de alto riesgo, y
- **establecimiento del diagnóstico integral**

Con el apoyo de los datos anteriores, deben establecerse los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles y debe promoverse desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles (8).

PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO

Infección de vías urinarias: Las infecciones de vías urinarias son causadas por bacterias que se establecen y multiplican en el tracto urinario, principalmente E. Coli. Esta patología se ha asociado a pielonefritis, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacimiento (15). Los factores de riesgo que se han asociado a la presentación de esta patología son: vaciamiento incompleto de la vejiga, deficiencia de estrógenos, mayor edad materna, nivel socioeconómico bajo y primigestas (16). La presentación clínica puede variar desde bacteriuria asintomática, hasta disuria, tenesmo vesical y urgencia miccional. El método diagnóstico más utilizado es el examen general de orina, sin embargo el gold standard es el urocultivo. Se recomienda tratamiento antibiótico en un esquema de 3 a 7 días (17).

Vaginitis: Los agentes responsables de las infecciones vaginales pueden ser hongos, bacterias, virus o parásitos. Se ha asociado a ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnioitis y un incremento de riesgo de presentar endometritis postparto o post cesárea. A continuación se presenta un cuadro con los principales agentes etiológicos de vaginitis:

	Gardnerella	Cándida	Tricomonas
Síntomas	Asintomática, leucorrea maloliente, prurito leve, no inflamación vulva-vagina	Prurito intenso, leucorrea blanquecina en grumos, eritema vulvovaginal	Leucorrea abundante, con burbujas, eritema vulvovaginal, cuello con colpitis en fresa
PH Vaginal	> 4.5	< 4.5	< 4.5
Diagnóstico	Cocobacilos células clave, olor a aminas	Fresco: hifas y esporas	Protozoos en fresco, polimorfonucleares
Tratamiento	Metronidazol, clindamicina	Azoles	Metronidazol

(17, 18, 19, 20).

Amenaza de parto pretérmino: Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras, entre las 22 y 37 semanas de gestación, con pocas modificaciones del cuello uterino.

Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de la semana 37 de gestación según la OMS. Está asociado a discapacidades psicomotrices en el producto. Algunos factores de riesgo asociados son: edad materna menor de 20 años, edad materna mayor de 35 años, bajo peso materno, baja estatura materna (21). Dentro de los principales desencadenantes podemos destacar: historial de infecciones genitourinarias, insuficiencia cervical, causas inmunológicas, defectos en la implantación de placenta, traumatismos, etc. (21) No existe un tratamiento eficaz.

Hemorragia Obstétrica: La hemorragia obstétrica se divide en las que se presentan en la primera mitad del embarazo y en la segunda mitad del embarazo,

parto y puerperio. Las causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo son: amenaza de aborto y aborto espontáneo y en la segunda mitad del embarazo, parto y puerperio son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ruptura uterina, acretismo placentario y atonía uterina.

Aborto: según la OMS, es la terminación del embarazo a las 20 semanas de gestación o antes, o la expulsión de un producto de 500 gramos o menos. Pudiendo clasificarse en aborto precoz, el cual ocurre en el primer trimestre, y tardío cuando este ocurre en el segundo trimestre (10). Los principales factores de riesgo son: edad materna (menor a 19 años, mayor a 35), estrés, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de aborto espontáneo son anomalías cromosómicas, dentro de éstas, las trisomías son las más frecuentes; anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión o de la placenta, anomalías anatómicas o funcionales del útero, causas inmunológicas, endócrinas o infecciosas (22).

Las formas clínicas de aborto son:

- Amenaza de aborto: presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina en un embarazo de 20 semanas de gestación o menos, sin que el cérvix sufra modificaciones. El cual puede resolverse y continuar con la gestación o evolucionar a un aborto. No existe terapéutica efectiva para su manejo (23).
- Aborto en evolución: el proceso de la expulsión del embrión del útero se ha iniciado, las contracciones uterinas provocan cambios cervicales y empujan el embrión al conducto cervical.
- Aborto inminente: el huevo está completamente desprendido y se encuentra en el canal cervical.
- Aborto incompleto: se caracteriza por la expulsión de parte del contenido uterino, sin embargo aún se encuentran restos embrionarios y/u ovulares dentro del útero.
- Aborto completo: expulsión completa del huevo, sangrado escaso, la paciente no tiene dolor. Se corrobora por medio de ecografía.

- Aborto diferido: el embarazo se ha interrumpido, ya no existe actividad cardíaca fetal, sin embargo no se expulsa el producto de la concepción, no se produce dolor o hemorragia vaginal, para su diagnóstico es fundamental la ecografía.

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:

	Clínica	Diagnóstico	Asociaciones	Tratamiento
Placenta previa	Hemorragia indolora, inicio lento, intermitente, sangre roja, tono uterino normal	Clínica y ecografía	Embarazo múltiple, cicatriz uterina, multiparidad, tabaco y edad avanzada	Cesárea
Desprendimiento de placenta normoinserta	Hemorragia escasa, inicio brusco, sangre oscura, hipertonia uterina, dolor	Clínica y ecografía	Preeclampsia, polihidramnios, déficit de ácido fólico, alcohol, tabaco, multiparidad	Cesárea urgente
Ruptura Uterina	Hemorragia interna, dolor, inicio brusco, atonía uterina	Bradicardia fetal	Cicatriz uterina	Laparotomía urgente

(24, 25).

Atonía uterina: Causa más frecuente de hemorragia obstétrica, falta de contracción del útero posterior al alumbramiento. Entre los factores de riesgo se han asociado los siguientes: sobredistensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado,

rápido y/o gran multiparidad, coriamnioitis por ruptura prematura de membranas. A la exploración física se encuentra un útero globoso, blando, aumentado de tamaño y que no se contrae, por lo que inmediatamente deben realizarse masajes uterinos compresivos y uniformes a través del abdomen materno, posteriormente deben administrarse oxitócicos (26). Si el sangrado continúa, se realiza taponaje y en casos graves se llega a histerectomía.

Placenta acreta: Adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Diagnóstico: ecográfico. Se puede intentar un manejo conservador mediante el alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal con el riesgo de hemorragia posterior y perforación. El tratamiento definitivo es la histerectomía planificando la intervención para las semanas 35 o 36 (27).

Ruptura prematura de membranas: Se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura de membranas pretérmino es la que sucede antes de la semana 37 de gestación. El pronóstico está relacionado inversamente con la edad gestacional. Entre los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas se encuentran infecciones urinarias y de transmisión sexual, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical previa, antecedente de cerclaje cervical, sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre (28). Sin embargo, en muchos de los casos puede ocurrir sin un factor de riesgo identificable.

Estados Hipertensivos en el Embarazo: La hipertensión en el embarazo puede ser clasificada en dos grandes grupos: mujeres que son ya hipertensas cuando se embarazan y aquéllas que llegan a ser hipertensas por primera vez en la segunda mitad del embarazo (29). El National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) los ha clasificado de la siguiente manera:

Hipertensión preexistente (3-5% de los embarazos): Hipertensión antes del embarazo o detectada antes de la semana 20 de gestación o que persiste después de que el embarazo termina. La mayoría de tales pacientes tienen hipertensión esencial, sin embargo, algunas tienen enfermedad renal u otros problemas médicos.

Hipertensión asociada con el embarazo (12% de los embarazos): Hipertensión que aparece de novo después de la semana 20 de gestación. Esta categoría está dividida en dos grupos:

- **Hipertensión gestacional (6-7%).** Hipertensión sola, sin otros rasgos añadidos.
- **Preeclampsia (5-6%).** Hipertensión con proteinuria de cuando menos 0.3 g en 24 horas. La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de más de 140 mm/Hg y una presión diastólica de más de 90 mm/Hg, en dos mediciones sucesivas con 4-8 horas de intervalo. En una mujer con hipertensión arterial esencial previa, se diagnostica si la presión sistólica se ha incrementado en 30 mm/Hg o la diastólica en 15 mm/Hg (29).

Preeclampsia sobreañadida (25% de las mujeres con hipertensión preexistente): Signos y síntomas de preeclampsia en mujeres con hipertensión preexistente. La preeclampsia sobreañadida (sobre hipertensión crónica) se caracteriza por: a) proteinuria de reciente aparición (mayor o igual a 0.3 g/24 hs) en una mujer con hipertensión -pero sin proteinuria- antes de la semana 20 de gestación, y b) el incremento súbito en la proteinuria o la presión sanguínea, o una cuenta plaquetaria de menos de 100 000/mm³, en una mujer con hipertensión y proteinuria antes de la semana 20 de gestación. Es decir, la aparición de signos y síntomas de preeclampsia en una mujer con hipertensión preexistente (30).

Eclampsia: Convulsiones en cualquier mujer que tiene - o se presenta con- hipertensión en el embarazo, por cualquier causa (29).

Síndrome HELLP: (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas) puede ser la consecuencia de la preeclampsia severa, aunque algunos autores consideran que tiene otra etiología. El síndrome se asocia particularmente con alta tasa en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y puede presentarse sin hipertensión o, en algunos casos, sin proteinuria (31).

VÍAS DE RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA

Parto vaginal: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal de parto en la mujer.

Clasificación: En base a la clasificación encontrada en las Guías Diagnósticas de ginecología y obstetricia realizadas por el Hospital General de México en las cuales se especifican los diferentes tipos de parto según el tiempo de gestación y forma de inicio así como las características propias de presentación, entre otras. Según la edad de la gestación en que ocurre, el parto se clasifica:

- Parto inmaduro.- Entre las 20 a las 28 semanas.
- Parto pretérmino.- Entre las 28 y 36 semanas.
- Parto de término.- Entre las 37 y 42 semanas.
- Parto posttérmino.- Desde la semana 42 en adelante.

Por la forma de inicio:

- Espontáneo: Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.
- Inducido: Cuando se utiliza técnica médica como sería la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2 alfa o el uso de medicamentos oxitócicos.

Cesárea: Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas, la misma tiene también como objetivo la extracción de la placenta y sus anexos, su práctica ha aumentado notoriamente en los últimos tiempos (32).

Clasificación:

Según antecedentes obstétricos de la paciente (32,33)

Primera: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: es la que se practica en una mujer con antecedentes de más de dos cesáreas previas.

Según indicaciones por las que se realiza la cesárea se define como:

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

Según la técnica quirúrgica utilizada.

- Transperitoneal Corporal o Clásica
- Segmento-corporal (Tipo Bek)
- Segmento-arciforme o transversal (Tipo Kerr)
- Extraperitoneal

Indicaciones más frecuentes

- Desproporción cefalopélvica
- Período intergenésico corto
- Pérdida del bienestar fetal
- Sufrimiento fetal
- Ruptura prematura de membranas.
- Presentación pélvica.
- Situación transversa
- Placenta Previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Estado fetal no alentador

PARTO INSTRUMENTADO: El concepto de parto instrumentado, se refiere al uso de algún tipo de herramienta para extracción fetal como: fórceps, espátula y ventosa obstétrica. El objetivo de parto instrumental, es imitar el parto vaginal espontáneo con un mínimo de morbilidad materna y neonatal (34). Se utiliza para acortar la segunda fase del trabajo de parto, las indicaciones pueden ser:

Por causas fetales: sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Por causas maternas:

- Indicaciones médicas para evitar Valsalva (por ejemplo, la enfermedad cardíaca de clase III o IV, una crisis hipertensiva, enfermedad vascular cerebral, las malformaciones vasculares cerebrales no corregidas, miastenia grave, lesión de la medula espinal.
- Falta de progresión: Mujeres nulíparas: período expulsivo mayor de tres horas con anestesia regional, o dos horas, sin anestesia regional; Mujeres multíparas: período expulsivo mayor de dos horas con anestesia regional, o una hora sin anestesia regional.
- Fatiga o agotamiento.

Son contraindicaciones para su utilización: presentación no cefálica, desconocimiento de la posición o variedad de la presentación, dilatación no completa, cefálica por encima del tercer plano de Hodge, desproporción cefalopélvica, trastornos de la coagulación fetal u osteogénesis imperfecta.

EVALUACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

Para facilitar la Evaluación de Riesgo Obstétrico, el Instituto de Salud del Estado de México ha desarrollado diversos formatos que permiten la identificación de factores de riesgo así como determinar el nivel de atención que amerita la gestante, entre los cuales, se destacan los siguientes:

CUADRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

Cuadro de Evaluación de Riesgo durante el Embarazo

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" los rubros correspondientes y suma las calificaciones individuales, si el resultado es de 0 a 2, el control prenatal deberá realizarse en el **primer nivel de atención**, si el resultado es de 3 en adelante, deberá referirse al **segundo nivel de atención**.

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

HISTORIA REPRODUCTIVA		CALIFICACION					VALORES DE REFERENCIA
		CALIF. 1a	CALIF. 2a	CALIF. 3a	CALIF. 4a	CALIF. 5a	
		CONSULTA FECHA	CONSULTA FECHA	CONSULTA FECHA	CONSULTA FECHA	CONSULTA FECHA	
Edad	< 16 años						3
	17 - 19						3
	20 - 35						0
	> 35						3
Partos	0						1
	1 - 4						0
	5 y más						2
2 o más abortos							1
Hemorragia posparto							1
Macrosomía >4 kg							1
Hijo con bajo peso al nacer <2.5							1
Preeclampsia o hipertensión							2
Cesarea Previa							2
Parto anormal o difícil							2
SUBTOTAL							
TRANSTORNOS MEDICOS O QUIRURGICOS		1a	2a	3a	4a	5a	VALORES DE REFERENCIA
Cirugía uterina previa excepto cesárea							3
Enfermedad renal crónica							1
Insuficiencia renal crónica							3
Diabetes							3
Enfermedad cardiaca							3
Otros trastornos médicos importantes * especificar:							2
SUBTOTAL							
EMBARAZO ACTUAL		1a	2a	3a	4a	5a	VALORES DE REFERENCIA
Hemorragia	<20 semanas						1
	>20 semanas						3
Anemia 10 g							1
Posmadurez							1
Hipertensión							2
Ruptura prematura membranas							2
Polihidramnios							2
Cerclaje							3
Embarazo múltiple							3
Malapresentación o pélvico a partir de la semana 37							3
Isoinmunización Rh							3
SUBTOTAL							
CALIFICACION TOTAL							

* Obesidad, Artritis reumatoide, Lupus, Hepatopatía etc.

CALIF. TOTAL	RIESGO	ATENCIÓN
0 - 2	Bajo	Primer nivel
3 - 6	Alto	Segundo nivel
> 6	Severo	Segundo nivel

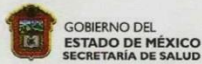
REFERENCIA INMEDIATA

SIGNOS DE ALARMA

- Cefalea, acúfenos, fosfenos
- Dolor epigástrico
- Ganancia de peso mayor a lo esperado
- Edema de cara y manos
- Sangrado vaginal
- Contracciones uterinas
- Inmovilidad fetal

ISEM

TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGO MATERNO PERINATAL (USO ACTUAL)



**TABLA DE VALORACION DE RIESGO
MATERNO PERINATAL**



NOMBRE DE LA PACIENTE:	No de Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
NUMERO DE EXPEDIENTE:	SEMANAS DE GESTACION:												
UNIDAD:	FECHA:												

HISTORIA CLINICA PERINATAL	SI / NO
ULTRASONOGRAFIA	SI / NO <small>Donde:</small>

EXAMENES	CONCEPTO	BAJO RIESGO	MEDIANO RIESGO	ALTO RIESGO	REFERENCIA
	EXAMENES	PRUEBA RAPIDA PARA VIH (1a. VEZ)	negativo <input type="radio"/>	positivo <input type="radio"/>	
VDRL (1a. VEZ)		negativo <input type="radio"/>	positivo <input type="radio"/>		CEAPS/H M
GLUCEMIA		entre 70 y 110 mg/dl en ayunas <input type="radio"/>	entre 110 y 125 mg/dl en ayunas ó 40 a 50 m q/dl <input type="radio"/>	>126 mg/dl en ayunas <input type="radio"/>	HG
TIRA PARA UROANALISIS		negativo <input type="radio"/>		30 mg/dl. o más <input type="radio"/>	HG + UCI
SIGNOS	SÍNTOMAS VASOESPASMÓDICOS, 1 ó más (Cefalea, acúfenos, fosfenos, vértigo, dolor en epigastrio, visión borrosa)	ausente <input type="radio"/>		presente <input type="radio"/>	HG + UCI
	Edema de cara y manos	ausente <input type="radio"/>		presente <input type="radio"/>	HG + UCI
SIGNOS	Hiperreflexia generalizada	ausente <input type="radio"/>		presente <input type="radio"/>	HG + UCI
	CRISIS CONVULSIVAS	ausente <input type="radio"/>		presente <input type="radio"/>	HG + UCI
	TENSION ARTERIAL	110/70 – 120/80 <input type="radio"/>		140 / 90 <input type="radio"/> Diastolica < 60 + datos de choque <input type="radio"/>	HG + UCI
ASOCIADAS	Cardiopatía	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	Nefropatía	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	Hematopatía	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	Endocrinopatía	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	Hepatopatía	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	Obesidad	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
Omnipares	Cirugía uterina previa	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HG
	CESAREA ITERATIVA	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HM / HG
DIAGNOSTICOS	EMBARAZO NORMOEVOLUTICO EN MUJER < DE 19 Y > DE 35 AÑOS	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		CEAPS
	AMENAZA DE ABORTO	<input type="radio"/>		+ <input type="radio"/>	HG
	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	<input type="radio"/>		+ <input type="radio"/>	HG
	RUPTURA DE MEMBRANAS	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>	menos de 6 hrs. <input type="radio"/> más de 6 hrs. <input type="radio"/>	HM / HG HG
	HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	ausente <input type="radio"/>		presente <input type="radio"/>	HG + UCI
	EMBARAZO MULTIPLE	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HM / HG
	PRESENTACION PELVICA	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HM / HG
	41 SEMANAS DE GESTACION SIN TRABAJO DE PARTO	<input type="radio"/>		+ <input type="radio"/>	HM / HG
	AGRESION FISICA	<input type="radio"/>	+ <input type="radio"/>		HM / HG
REFERENCIA	COLOCACION DE PULSERA	SI <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	
	REFERENCIA		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
	LUGAR A DONDE SE REFIERE				
	MOTIVO	USG <input type="radio"/> LABORATORIO <input type="radio"/> PARA CONTROL PRENATAL EN LA 37 SDG Y ATENCION DE PARTO <input type="radio"/> MEDIANO RIESGO (AMARILLO) REFERENCIA Y DAR SEGUIMIENTO PARA ACUDIR MAXIMO EN 3 DIAS <input type="radio"/> URGENCIA (ROJO) REFERENCIA INMEDIATA Y GESTION PARA TRASLADO EN VEHICULO O AMBULANCIA <input type="radio"/>			

REALIZO

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y RANGO

TRIAGE OBSTÉTRICO



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Hoja de TRIAGE Obstétrico

FOLIO:

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))	EDAD:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO

SEÑALE CON UNA "X" EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

EN CASO DE PRESENTAR UNA OPCIÓN SEÑALADA EN ROJO DEL 1 AL 6 "REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA" Y REALIZA DETERMINACIÓN DE PROTEINURIA.

	VERDE	ROJO
I. SIGNOS VITALES		
TA	110/70 – 120/80	MÁS DE 140 / MÁS DE 90 O MENOS DE 50
FC	60 – 100 POR MINUTO	MÁS DE 100 POR MINUTO
FR	18 – 24 POR MINUTO	MENOS DE 18 O MÁS DE 24 POR MINUTO
TEMPERATURA	MENOS DE 38°C	MÁS DE 38°C
2. ESTADO DE CONCIENCIA(Somnolencia, Estupor y Coma)	NORMAL	ALTERADO
3. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	AUSENTE	PRESENTE
4. CRISIS CONVULSIVAS	AUSENTE	PRESENTE
5. SÍNTOMAS VASOESPASMÓDICOS (Cefalea, acúfenos, fosfenos, vértigo, edema)	AUSENTE	PRESENTE
6. DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O EPIGASTRIO	AUSENTE	PRESENTE
7. SALIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	AUSENTE	PRESENTE
8. ACTIVIDAD UTERINA(trabajo de parto)	AUSENTE	PRESENTE
9. MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES	AUSENTE
10. EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS MÁS TRABAJO DE PARTO

REALIZÓ

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

217B20000-203-08

ISEM

CRITERIOS DE REFERENCIA SEGÚN LA GUIA DE PRACTICA CLINICA CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO (35)

- Edad materna menor o igual a 17 años o mayor o igual a 35 años,
- Sangrado transvaginal en segundo o tercer trimestre,
- Presentación pélvica, embarazo gemelar,
- Amenaza de parto prematuro,
- Aborto en evolución,
- Comorbilidad como Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, obesidad, insuficiencia renal, Lupus eritematoso, Trombofilia, etc.,
- VIH, Hepatitis B. Hepatitis C, 2 determinaciones de VDRL positivas,
- Paciente RH negativo con pareja RH positivo,
- Sospecha de embarazo ectópico o molar, óbito,
- Sospecha de malformaciones,
- Hiperemesis gravídica,
- Factores de riesgo significativos para preeclampsia, y
- Embarazo de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto.

Según el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica firmado el 28 de mayo de 2009, cuyo objeto es fijar los lineamientos generales para que las delegaciones de “EL IMSS”, y las unidades médicas de “EL ISSSTE” y de “LA SECRETARÍA”, provean servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica con el fin de abatir la mortalidad materna a nivel nacional, definiendo a ésta como el “estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la concepción que requiere atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de que se trate” (36). Así mismo enuncia las Entidades nosológicas que pueden generar emergencia obstétrica derivadas de

complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, y que son las siguientes:

A. En cualquier momento del embarazo o el puerperio.

- Hígado graso agudo del embarazo.
- Trombosis venosa profunda en puérpera.
- Hipertiroidismo con crisis hipertiroidea.
- Embarazo y cardiopatía clase funcional de NYHA II, III y IV.

B. Primera mitad del embarazo.

- Aborto séptico.
- Embarazo ectópico.

C. Segunda mitad del embarazo con o sin trabajo de parto.

- Preeclampsia severa, con manejo inicial durante 4 a 6 horas y pobre respuesta.
- Preeclampsia severa complicada con Síndrome de Hellp o insuficiencia renal aguda.
- Eclampsia.
- Placenta previa total con o sin sangrado activo, cualquiera que sea la edad gestacional y el hospital no cuenta con cirujano, ni ginecobstetra.
- Corioamnioitis.

D. Complicaciones posteriores al evento obstétrico o quirúrgico

- Sepsis puerperal, variedades clínicas de la deciduomiometritis o pelviperitonitis.
- Inversión uterina que requiera reducción quirúrgica.
- Hemorragia intraabdominal posquirúrgica de cesárea o histerectomía.
- Trombosis venosa profunda de miembros pélvicos.
- Tromboembolia pulmonar.
- Embolia de líquido amniótico.

E. Otra patología médica u obstétrica, aguda o crónica que comprometa la vida de la madre o del producto de la concepción y que requiere recibir atención de emergencia (inmediata)

Así mismo dicho Comité define calidad de atención como: el conjunto de atributos de la atención otorgada a las mujeres en emergencia obstétrica, que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente; teniendo en cuenta los factores de riesgo de la paciente, la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria y los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles (36).

MARCO LEGAL

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

A continuación se destacan los puntos relevantes de la norma en cuanto a la presente investigación.

Objetivo: Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales (8).

Especificaciones

- La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

- Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
- La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Definición.

El Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud es la unidad que presta servicios de atención de salud a la persona como atención a la comunidad. Es decir tanto de salud pública como de consulta general, odontológica, nutricional y en las especialidades de obstetricia y pediatría. Puede además contar con servicios de apoyo diagnóstico, laboratorio de análisis clínicos, imagenología (rayos x y ultrasonido), psicología, medicina preventiva y trabajo social. (37).

CEAPS sin hospitalización: Éstos son predominantemente los urbanos que cuentan con 2 a 4 camas para atender y estabilizar a pacientes en tránsito y eventualmente atender partos. Trabajan un horario de atención de 8 horas, de preferencia matutinas.

CEAPS con hospitalización o de atención materna: Además de las características anteriores, en el caso de atención materna puede aumentar su capacidad de camas. Éstos cubren un horario de atención de 24 horas los 365 días del año.

El CEAPS San Miguel Chapultepec “Bicentenario” es de tipo atención materna y cuenta con un ginecobstetra de turno matutino entre semana y uno para el turno de fin de semana (de 08:00 a 20:00hs), un pediatra para el turno matutino entre semana únicamente, 2 médicos generales para el turno matutino y vespertino, un

médico general para el turno nocturno, uno para nocturno de jornada acumulada y un médico pasante. No cuenta con anesthesiólogo y únicamente está habilitado para atender partos eutócicos.

Estructura Orgánica.

1. Dirección

1.0.1. Coordinación de Enseñanza,
Investigación y Calidad

1.1. Ginecología y Obstetricia

1.2. Pediatría

1.3. Medicina general

1.4. Odontología

1.5. Psicología

1.6. Nutrición

1.7. Enfermería

1.8. Trabajo Social

1.9. Laboratorio Clínico

1.10. Técnico en Atención Primaria a
la Salud o Cuidadora de Salud

1.11. Administración

1.11.1. Caja

1.11.2. Archivo Clínico,
Cómputo y Estadística

1.11.3. Servicios Generales

Objetivo

Preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, reforzando la capacidad resolutoria de unidades de primer nivel de atención, ofreciendo servicios de atención médica, general y especializada y/o de hospitalización con calidad y calidez (37).

Funciones.

A continuación se enumeran algunas de las funciones del CEAPS que se encuentran relacionadas con la presente investigación:

- Proporcionar servicios de atención médica general, psicología, nutrición, de especialidades de ginecología y obstetricia, y pediatría; apoyo de laboratorio y ultrasonido, con enfoque de riesgo, mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y seguimiento de casos en consulta externa, en su caso, atención de parto eutócico y urgencias, de manera oportuna y de calidad para el individuo, familia y comunidad, enfocada al cuidado de la salud.
- Aplicar y dar seguimiento mensual al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel, así como detectar los casos de Contrarreferencia no reportados, mediante la visita domiciliaria.
- Gestionar la suficiencia de insumos para el desarrollo de las actividades.

Objetivo y funciones de las unidades administrativas del CEAPS.

A continuación se mencionan de manera enunciativa, únicamente el objetivo y las funciones principales de las unidades administrativas siguientes: Dirección; Ginecología y Obstetricia, Medicina General y Técnico en Atención Primaria a la Salud o Cuidadora de Salud.

Dirección: El objetivo principal es planear, ejecutar y controlar la prestación de los servicios del CEAPS en materia de salud del primer nivel a la población abierta, así como efectuar la gestión y aplicación de los recursos financieros, materiales y humanos que requieran los diferentes servicios. Sus funciones, entre otras, son:

- Vigilar el funcionamiento y mantenimiento adecuado de las instalaciones, inmueble, aparatos, equipo e instrumental del CEAPS, de manera que garantice su operación.
- Identificar necesidades de capacitación del personal a su cargo, y coordinar y participar en su desarrollo como Centro de Capacitación en esta sede de adscripción.

Ginecología y Obstetricia: El objetivo principal es brindar una eficiente atención médica a la mujer en las diferentes etapas de su vida, principalmente en la reproductiva, con la finalidad de promover y preservar la salud del binomio madre-hijo durante la gestación, la resolución y su control posterior. Sus funciones, entre otras, son:

- Atender del embarazo, parto y puerperio conforme a la norma establecida.
- Realizar estudios de ultrasonografía a toda paciente embarazada de acuerdo al diagnóstico obstétrico, e interpretar los resultados y responsabilizarse del equipo de ultrasonido.

Medicina General: El objetivo principal es proporcionar atención médica general de calidad y calidez a los pacientes de consulta externa, mediante valoración, diagnóstico y tratamiento oportuno. Sus funciones, entre otras, son:

- Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad, darles seguimiento y control, así mismo referir aquellos que requieran asistencia social a la institución correspondiente.
- Establecer el tipo de atención que requiere el paciente para su tratamiento y, en su caso, efectuar la canalización oportuna del mismo a los diferentes servicios del CEAPS.

- Atender el embarazo, parto y puerperio en ausencia de gineco-obstetra de acuerdo a normatividad.

Técnico en Atención Primaria a la Salud o Cuidadora de Salud: El objetivo principal es planear, organizar, dirigir, ejecutar y controlar las actividades de salud comunitaria, proporcionando información sobre prevención y control de sanos y enfermos mediante visitas domiciliarias para identificar oportunamente las enfermedades más comunes; así como referir a los usuarios que requieran atención médica en el centro de salud. Sus funciones, entre otras, son:

- Detectar a las mujeres embarazadas desde el primer trimestre de gestación y canalizar a todas al CEAPS detectando oportunamente riesgos en la madre y el niño para su referencia inmediata a la Unidad Médica de mayor complejidad y resolución.
- Realizar referencia de pacientes de la comunidad al CEAPS y dar seguimiento a los pacientes contrarreferidos de los niveles superiores de complejidad conforme las indicaciones médicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que el embarazo es un estado fisiológico en ocasiones representa un riesgo para la salud materna lo que constituye una carga considerable de morbimortalidad materna a nivel mundial. La mayoría de los riesgos obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención del embarazo (8).

La atención al embarazo inicia generalmente con el control prenatal, lo que nos permite, por una parte la educación a la madre sobre los signos de alarma obstétrica y, por otra, la identificación oportuna de estos signos por parte del personal de salud, y de esta manera valorar si la unidad de atención cuenta con los medios necesarios para la resolución del problema, o si la situación amerita el envío de la paciente a otro nivel, empleando el sistema de referencia y contrarreferencia, definido como: “flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido (6).” Sin embargo, no todas las pacientes referidas reciben la atención en las unidades a las que son enviadas por diversos motivos; por ejemplo hay pacientes que no son debidamente valoradas antes de ser enviadas, lo que genera rechazo y demora en la atención obstétrica, por lo que las pacientes se ven obligadas a buscar por sus propios medios, otros sitios de atención, representando potenciales complicaciones y resultados adversos tanto para la madre como para el producto.

Este proceso no sólo se reduce al espacio hospitalario, también participan factores sociodemográficos, tales como condiciones de género (autonomía de las pacientes para tomar decisiones) y el nivel socioeconómico, que inciden en el

acceso a la atención obstétrica (38). Adicionalmente cabe destacar que la calidad de atención no solo tiene que ver con los tiempos de espera para ser atendida y con los insumos necesarios para la prestación de servicios, sino también con el trato que las pacientes reciben, y la capacidad del personal de salud para resolver de manera oportuna y correcta los problemas o complicaciones de la salud.

Uno de los objetivos principales de la creación de los Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud de atención materna es disminuir la afluencia de pacientes con embarazos normoevolutivos a hospitales de segundo y tercer nivel, para de esta forma poder brindar la atención necesaria a las pacientes con embarazos de alto riesgo que en realidad requieran atención especializada.

A pesar de las estrategias implementadas para mejorar la calidad de atención obstétrica en cuanto a referencia y contrarreferencia compete, los esfuerzos no han sido suficientes, ya que la referencia a segundo y tercer nivel no garantiza la atención resolutoria de la paciente, lo que se puede traducir en una complicación para la madre y el producto, y esto nos lleva a preguntarnos si el sistema de referencia y contrarreferencia es realmente eficaz para una atención obstétrica oportuna o si representa una demora en la misma. Sin embargo, este proceso es bastante complejo ya que están implicados componentes administrativos, técnico-médico y sociodemográficos.

Es por lo anterior, que investigaremos:

¿Cuáles son las causas más frecuentes de referencia a segundo y tercer nivel para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud Chapultepec Bicentenario durante el 2012?

JUSTIFICACIÓN

POLÍTICA: El Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017 considera en sus objetivos el combate a la pobreza, entre sus estrategias están el fortalecimiento de la atención médica y el mejoramiento integral de los servicios de salud para brindar una atención prenatal de calidad y de esta manera reducir la mortalidad materno-perinatal.

ADMINISTRATIVA: Al conocer los factores técnicos que influyen en la referencia de mujeres embarazadas de primer a segundo y tercer nivel, se pueden solicitar recursos para promover la capacitación médica, mejorar las técnicas de diagnóstico y poder brindar una atención obstétrica oportuna y evitar complicaciones en la madre o el producto, tomando en consideración las redes de apoyo.

SOCIAL: Considerar el sistema de referencia y contrarreferencia en materia de atención obstétrica como una parte fundamental para garantizar el acceso a los servicios de salud para una resolución favorable del embarazo, en virtud de la enorme importancia que para la sociedad tiene el prevenir y disminuir la mortalidad materna debido al rol tan importante que desempeña la madre en el núcleo familiar.

ACADÉMICA: Realizar una investigación con el fin de obtener el título de Médico Cirujano por la Universidad Autónoma del Estado de México, así como ampliar los conocimientos en cuanto a detección oportuna de riesgos durante la atención al embarazo parto y puerperio y de esta manera prevenir complicaciones obstétricas que afecten tanto a la madre como al producto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas atendidas en el CEAPS San Miguel Chapultepec durante 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar características reproductivas y factores sociodemográficos de las mujeres embarazadas referidas.
2. Identificar la edad gestacional en la que son referidas las mujeres embarazadas.
3. Identificar los diagnósticos más frecuentes con los que las mujeres embarazadas son referidas a otro nivel de atención médica.
4. Identificar el nivel de atención al que las pacientes son referidas con mayor frecuencia.
5. Identificar el porcentaje de referencia por tipo de personal médico (Especialista, Medico General, Medico Pasante).

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ANÁLISIS

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Una vez obtenidos los permisos de las autoridades del CEAPS, se procedió a consultar los expedientes del archivo clínico de pacientes registradas en la Libreta de Registro de Referencias y Contrarreferencias que tuvieron un diagnóstico de envío relacionado con resolución obstétrica durante el período del 1º de enero al 31 de diciembre del 2012, para concentrar la información pertinente a la presente investigación en una cédula de recolección de datos y posteriormente se procesó mediante el análisis estadístico.

DISEÑO DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la información fue capturada en Excel la cual se transfirió a Stata 11.0 para realizar un análisis exploratorio y posteriormente el análisis descriptivo, y dependiendo del tipo de variables se usaron medias y medianas de acuerdo a la distribución de datos y porcentajes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de Variable	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de su nacimiento hasta el momento del estudio	Años de vida cumplidos al momento de la referencia	Cuantitativa Discreta	Años
Escolaridad	Grado máximo de estudios obtenidos al momento de la investigación	Estudios concluidos	Cualitativa Nominal	Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Estado Conyugal	Cualitativa Nominal	Soltera Unión Libre Casada Divorciada
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento	Actividad a la que se dedica la paciente	Cualitativa Nominal	Ama de casa Empleada Obrera Otra
Gestas	Número de embarazos que ha tenido una mujer	Número de embarazos que ha tenido la paciente	Cuantitativa discretas	0 1 3 Más de 3
Paras	Cantidad de embarazos resueltos vía vaginal que ha tenido la mujer hasta el momento del estudio a partir de la	Número de partos que ha tenido la paciente	Cuantitativa discreta	0 1 3 Más de 3

	semana 22			
Abortos	Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación	Número de abortos que ha tenido la paciente	Cuantitativa discreta	0 1 3 Más de 3
Cesáreas	Tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más productos	Número de embarazos resueltos vía abdominal que ha tenido la paciente	Cuantitativa discretas	0 1 3 Más de 3
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio	Semanas completas de embarazo con las que cursa la paciente al momento de ser referida	Cuantitativa	21 a 36 semanas 37 a 41 semanas 42 semanas
Causas de Referencia	Amenaza de Parto Pretérmino: Aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras, entre las 22 y 37 semanas de gestación, con pocas modificaciones del cuello uterino. Hemorragia Obstétrica: sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el		Cualitativa Nominal	Presente o Ausente

	<p>puerperio</p> <p>Ruptura Prematura de Membranas: Ruptura de las <i>membranas</i> ovulares antes del inicio del trabajo de parto</p> <p>Estados Hipertensivos del Embarazo: Conjunto de trastornos caracterizados por la elevación de la presión arterial más proteinuria durante la gestación</p> <p>Desproporción CefaloPélvica: Desproporción entre la cabeza del producto y la pelvis de la madre</p>			
Personal que refiere	Profesional sanitario que ejerce en un centro de salud o en un consultorio brindando atención primaria.	Médico tratante que realiza referencia	Cualitativo Nominal	Médico: Pasante General Especialista
Nivel de Atención	Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad	Nivel de atención al que es referida la paciente según la gravedad de su patología	Cualitativo Ordinal	Segundo y tercer nivel

UNIVERSO

Expedientes de mujeres embarazadas atendidas en el CEAPS de San Miguel Chapultepec Bicentenario durante el 2012.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Formato de recolección de datos

DESARROLLO DEL PROYECTO

Material: para el desarrollo del proyecto se utilizó la cédula de recolección de datos impresa en hojas de papel.

Método: El lugar donde se realizó la investigación fue en el archivo clínico del CEAPS de San Miguel Chapultepec Bicentenario.

LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

ESPACIO: Archivo clínico del CEAPS de San Miguel Chapultepec.

TIEMPO: Se recopilaron los datos de registro de las mujeres embarazadas referidas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012.

RESULTADOS

Para la obtención de datos se consultó la Libreta de Registro de Referencia y Contrarreferencia del CEAPS, y en los casos en los que se encontró expediente se obtuvieron las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes.

Durante el 2012 se realizaron un total de 207 referencias a segundo y tercer nivel de atención de mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Miguel Chapultepec Bicentenario.

Cabe destacar que la obtención de datos fue limitada, ya que en algunos casos el número de expediente fue omitido en el registro de la referencia, y no en todos los casos en los que se contaba con el número de expediente éste coincidía con el nombre de la paciente, aunado a que las pacientes foráneas no contaban con expediente fijo en la unidad, por lo que únicamente se encontraron 55 expedientes.

Así mismo, se consultó el reporte mensual de causas de atención médica en primer nivel durante el año 2012 en materia de atención gineco-obstétrica, año en el que se dieron un total de 1871 consultas a mujeres embarazadas, 1030 que cursaban con embarazo normoevolutivo y 841 catalogadas como embarazo de alto riesgo, lo que nos da una proporción de 55.05 embarazos normales frente a un 44.95 de embarazos de alto riesgo.

En la tabla número 1 se enuncian el número de registros encontrados para cada variable considerada en la presente investigación, así como la proporción que representa respecto al total de las 207 referencias obstétricas realizadas:

Tabla 1. Número de registros encontrados por características sociodemográficas y gineco-obstétricas.

	Número de registros encontrados	Proporción (207 referencias) %
Edad	205	99.03
Escolaridad	55	26.57
Estado civil	55	26.57
Ocupación	55	26.57
Semanas de gestación	158	76.32
Antecedentes gineco-obstétricos	57	27.53
Resolución Obstétrica	73	35.26
Consultas de atención prenatal	55	26.57

En cuanto a edad se refiere la paciente más joven tenía 14 años y la de mayor edad 42, con una media de 23 años, una desviación estándar de 6.15. Respecto a las semanas de gestación en las que fueron referidas las pacientes, la menor edad gestacional fue de 4 semanas y la mayor de 42, con una media de 37 semanas y una desviación estándar de 8.34.

De las características sociodemográficas en cuanto a escolaridad el 60% de las pacientes contaban con secundaria completa, siguiendo en frecuencia el nivel licenciatura en el 16.36%, primaria en el 14.55% y bachillerato en el 9.09%. En cuanto a estado civil únicamente el 3.64% eran solteras, mientras que el resto (96.36%) tenían pareja. El 89.28% de las pacientes se dedicaban al hogar, el 5.35% eran obreras, el 3.57% estudiantes, y el 1.78% empleadas.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Escolaridad	N	%
Primaria	8	14.55
Secundaria	33	60
Bachillerato	5	9.09
Licenciatura	9	16.36
Estado civil		
Solteras	2	3.64
Con pareja estable	53	96.36
Ocupación		
Hogar	50	89.28%
Obreras	3	5.35%
Empleadas	1	1.78%
Estudiantes	2	3.57%

En la tabla número 3 se enuncian los antecedentes gineco-obstétricos, comenzando con el número de gestas, en el cual se encontró que la mayoría de las pacientes eran secundigestas (33.33%), siguiendo en frecuencia el 31.58% cursaban con un tercer embarazo, en el 28.07% de los casos la paciente era primigesta y por último, únicamente el 7.02% cursaban con el cuarto embarazo.

En cuanto a resolución vaginal, la mayoría (59.65%) no había tenido partos previos, el 28.07% contaba con un parto previo, el 10.53% con dos y el 1.75% tenía 3 partos previos.

El 85.96% no había cursado con eventos previos de aborto, de los 57 registros únicamente 5 pacientes tenían el antecedente de un aborto y 3 habían cursado con 2 abortos.

El 64.91% de las pacientes no tenía antecedente de cesáreas previas, el 28.07% tenía 1; el 5.26% tenía 2, mientras que sólo una paciente tenía 3.

Tabla 3. Antecedentes Gineco-obstétricos

Gestas	G1: 28.07% N: 16	G2: 33.33% N: 19	G3: 31.58% N: 18	G4: 7.02% N: 4
Paras	0: 59.65% N: 34	1: 28.07% N: 16	2: 10.53% N: 6	3: 1.75% N: 1
Abortos	0: 85.96% N: 49	1: 8.77% N: 5	2: 3.50% N: 3	
Cesáreas	0: 64.91% N: 37	1: 28.07% N: 16	2: 5.26% N: 3	3: 1.75% N: 1

Para consultas de atención prenatal se encontró una media de 7 consultas durante todo el embarazo, el número mínimo de consultas fue de 1 y el máximo fue de 14, con una desviación estándar de 3.12.

En materia de diagnóstico de envío, de los 207 registros, en 34 casos (9.66%) no se encontró información suficiente sobre el motivo de envío. Como se señala en la tabla 4, dentro de las diagnósticos más frecuentes, en primer lugar se encuentra amenaza de aborto, representando el 12.56%, encontrándose en segundo lugar en frecuencia el diagnóstico de cesárea previa con el 9.18% de los casos, seguido por embarazo de más de 40 semanas de gestación en el 8.70% de los casos, amenaza de parto pretérmino en 8.21%, y ruptura prematura de membranas en el 5.31% siendo éstos los diagnósticos más frecuentes de referencia, sin embargo se encontraron diagnósticos muy variables, desde preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento intrauterino, edad materna menor o igual a 17 años o mayor o igual a 35 años, talla materna baja, oligohidramnios, anemia, hipertensión arterial, producto macrosómico, embarazo anembriónico, diabetes mellitus, período intergenésico corto, desproporción cefalo-pélvica, embarazo ectópico, trabajo de parto prolongado, paridad satisfecha, producto pélvico, diabetes mellitus gestacional, embarazo gemelar, producto con malformaciones, placenta de inserción baja, circular de cordón a cuello, aborto en evolución, incompleto e inevitable, entre otros. Cabe destacar que dos pacientes con

preeclampsia, fueron enviadas con un diagnóstico diferente, mientras que no todas las pacientes que habían sido enviadas con diagnóstico de preeclampsia realmente cursaron con dicha patología.

Tabla 4. Diagnósticos de envío

Diagnóstico de Envío	N	%
Amenaza de aborto	26	12.56
Cesárea Previa	19	9.18
>40 semanas de gestación	18	8.70
Amenaza de parto pretérmino	17	8.21
Ruptura prematura de membranas	11	5.31
Preeclampsia	10	4.83
Sufrimiento Fetal Agudo	8	3.86
Restricción de crecimiento intrauterino	6	2.90
Edad materna menor a 18 años	5	2.42
Talla materna baja (menos de 1.50m)	5	2.42
Oligohidramnios	4	1.93
Probable preeclampsia	4	1.93

En cuanto a resolución obstétrica se identificaron 73 registros de las 207 referencias, lo que representa el 35.26% global. Del total de los 73 registros, el 57.53% fueron partos, el 24.66% cesáreas, el 13.70% legrados. Cabe mencionar que de estos registros, 3 pacientes se refirieron como embarazadas sin embargo al acudir al hospital se descartó este diagnóstico, una paciente tenía miomatosis, otra un quiste ovárico y el diagnóstico de la tercer paciente se desconoce puesto que únicamente se refiere que el diagnóstico de embarazo estaba descartado.

Como se observa en la tabla 5, el hospital con mayor número envíos fue el Hospital para la Mujer con el 73.79%, en segundo lugar el Hospital Materno

Perinatal Mónica Pretellini con el 18.45%, en tercer lugar con la misma frecuencia (2.91%), el Hospital Municipal de Tenango y el Hospital Municipal de Santa Cruz Atizapán, y por último el 0.97% al Hospital General Nicolás San Juan, y en 2 registros no se especificó el hospital de referencia.

Tabla 5. Hospital de Referencia

Hospital de Referencia	N	%
Hospital para la Mujer	152	73.79
Hospital Materno Perinatal Mónica Pretellini	38	18.45
Hospital Municipal de Tenango	6	2.91
Hospital Municipal Santa Cruz Atizapán	6	2.91
Hospital General Nicolás Juan	2	0.97

En cuanto al médico que refiere se detectó que tan sólo entre 2 médicos especialistas se refirió a casi la mitad de pacientes (43.96%) mientras que entre los 11 médicos generales se refirió a las pacientes restantes (56.04%), de igual manera, el turno con más referencias fue el matutino (31.40%), en el que se cuenta con el servicio de ginecología y pediatría, seguido por el nocturno con un 29.46%, en tercer lugar el turno vespertino con 21.25%, y jornada acumulada el 17.87%, mientras que durante el año en que se realizó la investigación, se registraron 39 partos, la mayoría atendidos durante el turno nocturno, la paciente más joven tenía 16 años y la paciente de mayor edad tenía 36, predominando la atención de pacientes residentes de San Miguel Chapultepec frente a pacientes foráneas. Dentro de este rubro cabe señalar que en algunos casos, pacientes que previamente habían sido referidas a unidades de mayor jerarquía finalmente atendieron su parto en el CEAPS, mientras que en un caso el producto nació en una ambulancia posterior a que la paciente fuera rechazada de una unidad de tercer nivel.

Para la realización de la presente investigación se buscaron artículos relativos al tema, para poder comparar y analizar los resultados, encontrándose únicamente un par, uno publicado en el 2003 referente a la atención prenatal en primer nivel de atención, citado previamente en los antecedentes, y el segundo, titulado “¿Referencia y Contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo”, publicado en el 2012 en la revista CONAMED, en el cual se realizó un estudio exploratorio cualitativo realizado de febrero a mayo del 2008 en el que participaron 35 mujeres en puerperio que accedieron a una unidad de segundo nivel de atención para resolución obstétrica en la Ciudad de México. En dicha publicación se analiza lo que sucede con las pacientes una vez que fueron referidas a una unidad con mayor capacidad resolutive, sin embargo, a pesar de tratarse de un segundo nivel de atención, se observan limitantes similares a las encontradas en el presente estudio, como se cita a continuación: “En la mayor parte de los casos se contó con acceso al expediente clínico, en relación a la información sobre referencia y contrarreferencia, ésta se obtuvo directamente del testimonio de las mujeres, ya que en la mayoría de los casos no existió una hoja impresa en el expediente clínico, ya fuera porque no se les entregó a las mujeres en las diferentes instituciones que visitaron previo a su ingreso al hospital o bien porque no fue anexada al expediente clínico por parte del personal del área de urgencias al momento de ingreso.” (38)

En este caso el número de muestra puede no ser muy significativo, pero como se cita en el párrafo anterior, la obtención de datos se ve limitada por cuestiones tales como un control inadecuado de documentos.

En las tablas 6 y 7 se hace una comparación de las características sociodemográficas y los resultados obstétricos obtenidos en la presente investigación con las del artículo publicado en la Revista CONAMED.

Tabla 6. Características Sociodemográficas

Edad	1N	2N
Mínima	14	15
Máxima	42	43
Media	23	25
Escolaridad	1N	2N
Primaria	14.55%	10.14 años promedio
Secundaria	60%	
Bachillerato	9.09%	
Licenciatura	16.36%	
Estado civil		
Solteras	3.64%	37%
Con pareja estable	96.36%	63%
Ocupación		
Hogar	89.28%	74%
Obreras	5.35%	
Empleadas	1.78%	23%
Estudiantes	3.57%	3%

1N: Primer Nivel de Atención (CEAPS San Miguel Chapultepec)
 2N: Unidad de Segundo Nivel de Atención (DF)

Tabla 7. Resolución obstétrica

Resolución obstétrica	1N	2N
Partos	57.53%	43%
Cesáreas	24.66%	23%
Legrados	13.70%	14%
Laparotomía por embarazo ectópico roto		11%

1N: Primer Nivel de Atención (CEAPS San Miguel Chapultepec)

2N: Unidad de Segundo Nivel de Atención (DF)

Para el aspecto de atención prenatal, en el artículo con el que se compara el estudio, la media de consultas durante todo el embarazo es muy similar a la obtenida en la investigación, siendo esta de 7, mientras que el artículo señala que fue de 6.5, lo que indica que un número adecuado de consultas no garantiza una correcta resolución obstétrica.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se encontró que la edad materna a la que las pacientes eran referidas con más frecuencia fue de 23 años, mientras que para edad gestacional la media fue de 37 semanas. La mayoría de las pacientes habían cursado la secundaria, se dedicaban al hogar y contaban con una pareja estable.

En cuanto a antecedentes gineco-obstétricos, se observó que el grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las secundigestas, y que en promedio acudieron a 7 consultas de atención prenatal, cuando el número que recomienda la norma oficial mexicana (mínimo 5 consultas), esto muestra que el hecho de haber recibido un mayor número de consultas no garantiza que las pacientes estén exentas de alguna complicación.

Como diagnósticos de envío más frecuentes se enuncian los siguientes: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y sufrimiento fetal agudo.

De los 73 registros que se encontraron para resolución obstétrica, el 57.53% fueron partos, el 24.66% fueron cesáreas y el 13.70, legrados.

El Hospital para la Mujer fue la unidad a la que se enviaron con mayor frecuencia las pacientes, seguido por el Hospital Materno Perinatal, siendo ambas unidades de atención especializada, y sólo la minoría fueron referidas a hospitales municipales, lo que contrasta con los hallazgos de resolución obstétrica, pues la

mayoría fueron partos, que bien pueden ser atendidos en unidades de primer y segundo nivel. Esto se traduce en una sobredemanda a unidades de tercer nivel con pacientes que probablemente no requieran de una atención especializada, por lo que se debe hacer énfasis en la correcta valoración de riesgo obstétrico y de este modo canalizar a la paciente al nivel de atención correspondiente a su estado de salud.

Por último, en cuanto a médico que refiere, el 43.96% de las pacientes fueron referidas por los médicos especialistas (2 gineco-obstetras) y el 56.04% restante fue referido entre los médicos generales de los diversos turnos.

Con la realización de éste estudio, se encontró una falta de orden en cuanto al registro de las pacientes, lo que dificulta el seguimiento de las mismas, sobre todo en un aspecto tan importante como la salud materno-perinatal, pudiéndose mejorar con el simple hecho de registrar total y correctamente la información solicitada en la libreta de registro y en el formato de referencia y contrarreferencia.

Sin embargo, esta falta de orden también se observa en las unidades de segundo y tercer nivel que están obligadas a llenar el formato de contrarreferencia, ya sea que se brinde o no atención a la paciente y, en caso de no ser atendida, deben notificarse los motivos de rechazo; en caso contrario, debe indicarse el padecimiento actual, evolución, diagnóstico de egreso e instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción, así como la fecha en que debe acudir nuevamente a consulta, entre otros rubros, y una vez llenado dicho formato debe entregársele al paciente para que se anexe a su expediente en su unidad de adscripción.

Cabe destacar que en ningún expediente consultado se encontró el formato de contrarreferencia, lo cual es de vital importancia para obtener una retroalimentación, ya que de esta manera los médicos referentes pueden autoevaluarse y determinar si la paciente debió o no ser referida, así como obtener un reporte confiable de lo que sucedió con las pacientes una vez que fueron enviadas; en virtud de que se detectó que después de ocurrido el evento

obstétrico, las pacientes no regresan a su unidad de adscripción para seguimiento, toda vez que en ninguno de los expedientes consultados existía una nota de puerperio debido que las pacientes acudían, por otro motivo, meses después. Esto se debe en parte a que los esfuerzos por fomentar la cultura de que el paciente regrese a consulta posterior a una referencia han sido insuficientes, por lo que se debe insistir en informar ampliamente al paciente cómo funciona el sistema de referencia y contrarreferencia, así como sus obligaciones y de esta manera exigir que se le entregue el formato de contrarreferencia para que éste se pueda anexar a su expediente en la unidad de adscripción que le corresponda y así contar con herramientas para generar estadísticas confiables y tener un control de lo que sucede con los pacientes referidos.

Así mismo, el personal Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) está obligado a realizar una visita domiciliaria dentro de los 3 primeros días posteriores a la referencia de una paciente obstétrica y registrar la fecha de información obtenida en la libreta de registro de referencia y contrarreferencia, sin embargo, en este proceso se detectaron las limitantes siguientes:

1. En caso de que la paciente fuera foránea no se le daba seguimiento.
2. El domicilio proporcionado por las pacientes no coincidía o no estaba actualizada, en algunos casos.
3. En otros supuestos, se realizaron varias visitas en los domicilios indicados y en ninguna ocasión se encontró a la paciente.
4. Por último, en otros casos, la información registrada en la libreta de Referencia y Contrarreferencia era ambigua, por ejemplo, únicamente estaba registrado: "Si la atendieron", ya sea por información incompleta proporcionada por terceros o por el registro incompleto por parte de los TAPS.

Y así como los TAPS están obligados a realizar la visita domiciliaria, los médicos que refieren están obligados a realizar una nota de seguimiento, sin embargo, esto se dificulta por los factores enunciados previamente.

Otra herramienta que se tiene para el seguimiento de las pacientes, es la consulta pediátrica, registrada en promedio una o dos semanas posteriores al nacimiento, en donde se elabora la historia clínica perinatal, cuyo formato se consultó para correlacionar datos y explorar detalles adicionales de las condiciones perinatales, no obstante, en ocasiones no se establecía la vía de resolución obstétrica en dicho documento.

Tanto médicos generales, especialistas, TAPS, personal administrativo y pacientes están involucrados en este proceso y cada uno es responsable y necesario para el funcionamiento adecuado del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, así como el registro adecuado de la información para generar datos estadísticos confiables y sobre estos resultados implementar estrategias específicas que mejoren el funcionamiento del sistema de salud.

En teoría, el sistema de referencia y contrarreferencia “es el flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido” (6), sin embargo la realidad parece ser diferente, puesto que el hecho de que las pacientes cuenten con el formato de referencia no garantiza que se les brinde atención en la unidad a la que fueron enviadas, sin que nadie se responsabilice por el rechazo, obligándolas a buscar por sus propios medios otro sitio de atención, generando pérdida de tiempo y recursos económicos, lo que no sólo afecta a la madre y al producto, sino también al resto de la familia, tanto en caso de que la demora en la atención genere complicaciones, como económicamente hablando.

Cabe mencionar que se buscó un documento en el que se señalaran claramente los lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes obstétricas, encontrándose únicamente el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (descrito en el marco teórico) y el

apartado de la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, sin embargo, para la referencia de pacientes pediátricos sí están establecidos dichos lineamientos, ambos documentos mencionados en los antecedentes.

Con el presente trabajo se pretende crear conciencia de la parte que como trabajadores de salud tenemos en la morbilidad materno-infantil, ya que no sólo se deben de considerar los factores inherentes al paciente, y de este modo tener un panorama más amplio sobre el cual se puedan evaluar las herramientas y acciones que ya se han implementado para disminuir la morbilidad materno-infantil, determinar si son viables y si no lo son se deberán detectar las limitantes para establecer medidas correctivas o desarrollar nuevas estrategias que involucren controles de calidad y retroalimentación para el personal administrativo y de salud, así al darle seguimiento nos comprometemos a estar en mejora continua.

La pertinencia de este estudio radica en que, si bien existe información fundamental en relación a mortalidad materna, poco se ha investigado sobre las mujeres que presentan alguna complicación durante la gestación, parto o puerperio. La experiencia de dichas mujeres debe ser incorporada al estudio de la morbi-mortalidad materna a fin de conocer los aspectos subjetivos relacionados con ella.

Aun cuando las mujeres hayan cursado con un embarazo normal es importante evaluar la calidad de atención que otorgan los servicios de salud, evaluando la ética y profesionalismo del personal, ya que el acceso que tienen o no las mujeres embarazadas a servicios de salud de buena calidad (técnica y humana) es un aspecto fundamental en la buena resolución de la gestación, con o sin complicaciones. Por lo que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse a la disminución del sufrimiento y al incremento del bienestar general de sus pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar

diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente. Actualmente se cuenta con material disponible para consulta, por ejemplo el Manual de Atención de Urgencias Obstétricas en Primer Nivel, el Manual de Referencia y Contrarreferencia, las Guías de Práctica Clínica, entre muchos otros, sin embargo, en algunos casos se desconoce su existencia y en otros, simplemente no se revisan.

Un instrumento de gran ayuda para este aspecto es la evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud que nos permitan conocer los factores que funcionen como barrera para la utilización de servicios (impidiendo la detección oportuna de potenciales complicaciones en el embarazo o el diagnóstico y tratamiento oportunos de padecimientos graves), ya que su identificación puede servir para mejorar la toma de decisiones durante la planeación, organización y operación de estos servicios.

RECOMENDACIONES

Se espera que la presente investigación sirva posteriormente para evaluar los factores involucrados en el proceso de Referencia y Contrarreferencia en materia de atención obstétrica y determinar si existen aspectos que deban modificarse para que funcione de manera adecuada, cumpliendo el propósito para el que fue creado, en vez de representar demora y potenciales complicaciones tanto en para las gestantes como para el producto.

Se sugiere implementar mecanismos tales como el uso de sistemas computacionales que no permitan salir de la aplicación hasta completar el registro de la paciente, contribuyendo de esta manera a generar una base de datos fidedigna. Así mismo se debe insistir en un seguimiento controlado de los pacientes referidos y en caso de ser foráneos, establecer redes de apoyo y comunicación con los diferentes municipios para estar informado de la evolución de los mismos.

En materia de atención obstétrica, es importante que el personal de salud de primer nivel cuente con las herramientas necesarias para el manejo de urgencias obstétricas de acuerdo a la capacidad resolutive de la unidad, así como proporcionar una atención prenatal de calidad, por lo que se propone realizar capacitación permanente en este asunto así como una evaluación inmediata de la misma para establecer que efectivamente se hayan comprendido y asimilado los conocimientos y habilidades adquiridos, ya que de lo contrario se deberá valorar si la capacitación se está proporcionando de manera adecuada. Así mismo, se sugiere crear estrategias que permitan evaluar a este sistema desde la perspectiva de las usuarias.

En cuanto a los formatos de evaluación de riesgo obstétrico existentes, se sugiere utilizar el cuadro previo a la hoja de semaforización, o en su caso adecuar esta última, ya que el formato previo incluía un puntaje que orientaba hacia qué nivel de atención debía ser referida la paciente de acuerdo a los factores de riesgo que presentara.

Ya que el sistema de referencia y contrarreferencia involucra tanto al personal administrativo, de salud y a los pacientes, todos deben de contar con pleno conocimiento de cómo funciona, así como de las responsabilidades de cada uno, por lo que se sugiere que se proporcione capacitación constante en esta materia, así como la vigilancia de su cumplimiento, para de esta manera detectar y corregir posibles fallas en su funcionamiento. Así mismo, se debe fomentar que el paciente acuda a su unidad de adscripción una vez que haya sido referido, ya sea que se le brinde o no atención y de este modo contar con un seguimiento apropiado de los pacientes. En cuanto a la contrarreferencia, se deben de investigar los motivos por los cuales prácticamente no se usa este formato, y así proponer estrategias que faciliten su uso, o en todo caso replantearse la viabilidad de éste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, D.C: Population Reference Bureau, 2002.
2. Bronfman-Pertovzky MN, López MS, Magis-Rodríguez C., Moreno AA, Shea Rutstein. Atención Prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la insatisfacción de las usuarias. Salud Pública de México, Vol 45, No.6 noviembre-diciembre 2003.
3. Operación del Instituto de Salud Por Redes Integradas de Atención, Período 2012-2030. Coordinación de Salud. Instituto de Salud del Estado de México, 2012. Consultado en salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/redes_integradas/redes_180512.pdf
4. OMS, "Maternal mortality: helping women off the road to death", WHO Chronicle, vol. 40, 1986, págs. 175 a 183
5. Freyermuth G, Luna M, Numeralia 2011, Observatorio de mortalidad materna, México, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, 2012.
6. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado De México, Secretaría de Salud, 2002. Consultado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf> el 5 de agosto de 2013.
7. Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, hospitalaria y de especialidad Manual de Procedimientos para la Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en Unidades Médicas de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Enero 2010. Consultado el 5 de agosto de 2013 en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2012/abr113.PDF>

8. Norma Oficial Mexicana NOM-007 SSA2- 1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, México, D.F. a 31 de octubre de 1994.
9. Hill, C. MD, Pickinpaugh, J. DO, Cambios fisiológicos durante el embarazo. Surg Clin N Am 88 (2008) 391–401.
10. González JM, Vincens JM, Fabre EG, González EB. Obstetricia. Ed. Masson. 2006 (9) 131-142; (27) 435-450; (31) 499-509; (33) 529-535; (34) 541-547
11. Uchikova EH. Changes in Haemostasis during normal pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2005, Volume 119, Issue 2, pages 185-188.
12. Clark SL, Cotton DB, Lee W, et. Al. Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 161(6 pt 1): 1439-42.
13. Toglia MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. N Engl J Med 1998; 335(2):108-14.
14. Elkus r, Popovich J. Respiratory physiology in pregnancy. Clin Chest Med 1998; 13 (4):555-65.
15. Tanagho AE, Mc Anich J. Urología General de Smith. 14^a ed México: Manual Moderno, 2009. Pp 197.
16. Quiroga G, Robles R., Ruelas A., Gómez A. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas, una amenaza subestimada. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social. 2007; 45 (2): 169-172.
17. Torres M, Moayaedi S. Gynecologic and other infections during Pregnancy. Emerg Med Clin N Am 30 (2012) 869-884.
18. Kimberlin DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome. Semin perinatal 1998 Aug; 22(4): 242-50.
19. Donders G, Van Calsteren K, bellen G, Reybrouk R, Van den Bosch T, Riphagen I, Van Lierde S. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy. BJOG 2009; 116:1315-1324.

20. CDC. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Center for Disease Control and Prevention. MMWR Morb-Mortal Wkly rep Jan 23;47 (RR-1):7-14.
21. Morken NH, Preterm Delivery in IVF versus ICSI singleton pregnancies: a national population based cohort, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2011; 62-66.
22. Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Management of first trimester miscarriage. *J Obstet Gynecol Biol Reprod* 2003; 32:5-21.
23. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, *Aborto: Williams Obstetricia*. 21a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003; p.733-56.
24. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Persistence of placenta previa according gestacional age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol* 2002;99:692-7.
25. Carrasco SR, Morillo MC, Medina JP, Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de la implantación. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Editorial Médica Panamericana, 2003; p 572-9.
26. Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53 (Supl 1): 147-156.
27. *Complicaciones Obstétricas. Hemorragias Obstétricas. Obstetricia de Williams 22ª ed.* USA. McGraw-Hill Companies Inc, 2006: 837-857.
28. Romero-Arauz, JF, Alvarez JG, Ramos-León, JC. Manejo de Ruptura Prematura de Membranas. *Guías de Práctica Clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C., Revista en Línea Volumen 77, Suplemento 7, 2009, p 6.30.*
29. Walker J. J., "Pre-eclampsia", *Lancet*, 356:1260-1265, octubre 7, 2009.
30. Kee Hak Lim, MD, Chief Editor Ronald M. Ramus, MD, Preeclampsia, <http://emedicine.medscape.com/article/1476919>
31. Sibai, B., Dekker, G., Kupferminc, M., "Preeclampsia" *Lancet*, 365 (9461):785-99, febrero 26, 2005.

32. Guía de práctica clínica, Realización de Operación Cesárea. Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR, Evidencias y Recomendaciones, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-048-08.
33. Pérez, P. G. Lineamiento Técnico para la Indicación de la Operación Cesárea. Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, México, D.F. Junio 2010 P 1-51.
34. Valenti, E. A. Almada, R.D. Presta, E. Gowdak, A. Guía de Práctica Clínica, Parto Instrumental, Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina, Vol. 29, num 3, 2010. Pp. 123-133.
35. Guía de práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, Secretaría de Salud, México, 2008.
36. Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, consultado el 30 de octubre de 2013 en:
http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ceo_conv.pdf
37. Manual de Organización de Tipo Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México, junio 2010.
38. Collado-Peña SP, Sánchez-Bringas A. ¿Referencia y Contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. CONAMED, Vol 17, suplemento 1, 2012. Pp S23-S31.

ANEXOS

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre:

Número de expediente:

Edad:

Edad Gestacional:

Diagnóstico de Referencia:

Unidad Médica a la que se Refiere

Médico que Refiere:

Escolaridad:

Estado Civil:

Ocupación:

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Gestas:

Paras:

Cesáreas:

Abortos:

Vía de Resolución Obstétrica

Observaciones: