



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TESIS**

**“FRECUENCIA DE APEGO AL CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON  
EMERGENCIA OBSTÉTRICA, HGZ Y MF No. 1, IMSS, HIDALGO”**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA LA MÉDICA CIRUJANA  
NADIA ENCARNACIÓN CRUZ**

**BAJO LA DIRECCION DE  
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ  
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MA. DEL CARMEN RINCÓN CRUZ  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS DE  
LA MUJER Y DE GÉNERO  
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. JULIA HERNÁNDEZ CABECERA  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
ASESOR CLINICO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD 2013-2016  
PACHUCA DE SOTO HIDALGO**

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la tesis titulada "FRECUENCIA DE APEGO AL CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON EMERGENCIA OBSTÉTRICA, HGZ Y MF No. 1, IMSS, HIDALGO" QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

NADIA ENCARNACION CRUZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, ENERO 2016.

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

M.C.ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS  
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H

M.C.ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA  
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.

M.C.ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO  
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. CELIA MERCEDES ALANIS RUFINO  
PROFESOR INVESTIGADOR  
ASESOR UNIVERSITARIO

DR. EDUARDO RANGEL FLORES  
PROFESOR INVESTIGADOR  
ASESOR UNIVERSITARIO

**POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN  
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. MARIA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION  
EN SALUD, DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DR. JUAN ALBERTO AGUILAR MARTINEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS.

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR

DRA. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ  
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES  
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. JULIA HERNANDEZ CABECERA  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA  
ASESOR CLÍNICO



Handwritten signatures and lines for each official, including a large signature at the top right and several others below.

**REGISTRO: R-2014-1201-8**

## **DEDICATORIA**

**Daniel Alexander...** porque eres la persona más importante en mi vida, por el solo hecho de existir le das luz a mi vida y me das fuerza para seguir luchando, te amo mi cielo. Que este trabajo sirva de ejemplo en tu vida y te impulse siempre a superarte y a ser una mejor persona y sobre todo a que aprendas que hasta las cosas más pequeñas te pueden hacer feliz.

## INDICE

I. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	6
II. MARCO TEORICO.....	7
III. JUSTIFICACION.....	12
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	14
VI. HIPOTESIS.....	15
VII.MATERIAL Y METODOS.....	16
a) Tipo de estudio.....	16
b) Criterios de selección.....	16
c) Variables.....	17
d) Descripción general del estudio.....	22
e) Análisis estadístico.....	22
f) Tamaño de muestra.....	22
g) Recursos, financiamiento y factibilidad del estudio.....	22
VIII. ASPECTOS ETICOS.....	23
IX. RESULTADOS.....	23
X. DISCUSION.....	38
XI. CONCLUSION.....	41
XII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
XIII. ANEXOS.....	45

## **IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES**

### **ASESOR METODOLOGICO:**

**NOMBRE:** MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ

**ESPECIALIDAD:**

QUIMICA FARMACOBIOLOGA

ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN ESTUDIOS REGIONALES DE POBLACIÓN

DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS DE LA MUJER Y GÉNERO

**ADSCRIPCION:**

LABORATORIO

HGZ Y M.F. No. 1

**DOMICILIO:** AV. MADERO No. 405, COL. NUEVA FRANCISCO I. MADERO, PACHUCA HIDALGO

**TELEFONO:** 71 3 78 33

**CORREO ELECTRONICO:** carmenc278@hotmail.com

### **ASESOR CLINICO:**

**NOMBRE:** DRA. JULIA HERNÁNDEZ CABECERA

**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGÍA Y OBSTERICIA

**ADSCRIPCION:** HGZ M.F. No. 1

**DOMICILIO:** AV. MADERO No. 405, COL. NUEVA FRANCISCO I. MADERO, PACHUCA HIDALGO

**TELEFONO:** 71 3 78 33

**CORREO ELECTRÓNICO:** cabecera65@hotmail.com

### **INVESTIGADOR:**

**NOMBRE:** ENCARNACIÓN CRUZ NADIA

MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**DOMICILIO:** AV. MADERO No. 405, COL. NUEVA FRANCISCO I. MADERO, PACHUCA HIDALGO

**TELÉFONO:** (771) 129 01 67

## **I. RESUMEN:**

**Título:** “Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ y MF No.1, IMSS, Hidalgo.”

**Antecedentes:** Los efectos adversos en el embarazo, pueden desencadenar en una serie de factores de riesgo, como es la falta de apego al control prenatal, situación que se asocia en un momento dado a la presencia de morbilidad materna; que en casos extremos conduce a una emergencia obstétrica. La emergencia obstétrica es el estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal, requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata y puede producir secuelas inmediatas o tardías, e incluso la muerte materna.

**Objetivo general:** Se determinó la frecuencia del apego al control prenatal y la presencia de emergencia obstétrica en embarazadas que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ y MF No. 1 de Pachuca Hidalgo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y prolectivo. Durante el periodo comprendido desde el momento en que se aprobó el estudio hasta seis meses posteriores, con las pacientes embarazadas que acudieron al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ UMF No. 1 de Pachuca Hidalgo, en situación de emergencia obstétrica. Se analizó la frecuencia del apego al control prenatal y la relación que guardó este con la emergencia obstétrica.

**Recursos e infraestructura:** El estudio fue factible, se aplicó un cuestionario a las pacientes embarazadas que aceptaron participar en el estudio, se realizó dentro del instituto, el financiamiento fue con recursos propios del investigador y asesores.

**Experiencia del grupo:** Se contó con la experiencia de trabajos de investigación en el área de morbi-mortalidad materna; específicamente en la atención primaria con enfoque en el control prenatal.

## II. MARCO TEORICO

Emergencia obstétrica es 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 de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de lo que se trate. (1)

Al año, aproximadamente ocho millones de mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, y cerca de 287 000 mueren por estas causas en todo el mundo. (2) La prevalencia de la emergencia obstétrica varía de 0.04 a 16.1% y la prevalencia en pacientes embarazadas que requieren de cuidados críticos es entre 1 y 9 gestantes por cada mil. (3)

En un trabajo de investigación en Perú, en el periodo de enero 2008 a diciembre de 2009 para calcular la frecuencia y diagnóstico de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, se encontró que el diagnóstico más frecuente de ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue la hemorragia posparto con shock hipovolémico (23%), seguida por pre eclampsia severa, eclampsia, shock séptico y miocardiopatía periparto cada una representando 11.5%. (4)

En nuestro país en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del instituto materno infantil del estado de México se realizó un estudio del 01 de enero al 31 de diciembre 2010 encontrando que la frecuencia de emergencia obstétrica es de 221 casos por año, las causas principales son trastornos hipertensivos 77.2%, seguida de hemorragia posparto 11.7% y sepsis 3.6%.

Consideramos estas como las tres principales causas de ingreso por emergencia obstétrica en México. Definiendo entonces a la preeclampsia como un síndrome idiopático, heterogéneo, multisistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. En México y en Latinoamérica es la principal causa de muerte perinatal. (5,6) La eclampsia, es una de las complicaciones más graves, es un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por convulsiones tónico-clónicas generalizadas, afectando aproximadamente al 2% de los casos de preeclampsia en los Estados Unidos. (7)

Otra causa es la la hemorragia obstétrica grave la cual es una entidad nosológica que compromete la vida de las mujeres, definida como la pérdida sanguínea con presencia de

alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150ml/min., mientras que la hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500ml posterior a un parto vaginal o a la pérdida de 1000 ml posterior a una cesárea. (8,9)

Por último la tercera causa es la sepsis puerperal definida, por la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E -10), como un aumento en la temperatura por encima de 38°C, mantenida durante 24 horas, o que recurre durante el período de tiempo que transcurre desde el final del primer día hasta el décimo día posparto o posaborto. (10)

Hay diversos factores de riesgo que predisponen para que un embarazo normo evolutivo se complique con una emergencia obstétrica encontrándose dentro de los más frecuentes los siguientes:

-La edad Materna: Según la OMS en comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. (11) Las adolescentes embarazadas son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación. (12) Las pacientes adolescentes de 15 a 19 años duplican el riesgo de morir en comparación con las mayores de 20 años, y hay cinco veces más de riesgo en las pacientes menores de 15 años. (13) En México se ha observado que la edad a la que se embarazan las mujeres es cada vez mayor, las estadísticas indican que el 1.8 y 2% de los embarazos ocurren en mujeres mayores de 40 años, otros autores han concluido que la edad materna sobre todo la edad mayor de 35 años está en relación a una mayor tendencia con la morbi-mortalidad materna. (14, 15,16)

-La paridad: Hay entidades nosológicas que predominan en mujeres primigestas, la menor mortalidad se observa en el segundo y tercer parto, sin embargo el riesgo incrementa a partir de este relativamente incluso es mayor que el primer parto. La principal complicación es la hemorragia posparto. (17,15)

-La historia personal de preeclampsia: 25% de las pacientes con preeclampsia durante el embarazo anterior sufren recurrencia en las gestaciones siguientes. (18)

-La historia familiar de preeclampsia respaldado por varios estudios, que aseguran la probabilidad de que una paciente presente pre eclampsia durante su embarazo es 4-5 veces en aquellas con familiares de primer grado con antecedente de preeclampsia. (2)

-Los cuidados prenatales deficientes y bajo nivel socioeconómico: En los países desarrollados solo el 1 % del total de las muertes maternas se relacionan con el embarazo. Mientras que en los países en desarrollo representan el 99%. Las regiones con las cifras más altas son África, el Sur de Asia, América latina y el Caribe, y tan solo en América Latina la razón de las muertes maternas es de 190 por 100 000 nacidos vivos. (19)

-El factor ponderal: La paciente obesa representa un grupo de factores de riesgo relacionados con su estilo de vida que la convierten en candidata para presentar enfermedades cardiovasculares, tromboembolia, enfermedades crónicas no transmisibles y es por eso que al agregarse a la gestación lo convierten en un alto riesgo obstétrico. (20)

-También mujeres con menor grado de instrucción y que viven en zonas rurales, falta de seguros, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, estado civil diferente a casado, residencia en barrios, desempleo, un ambiente inadecuado de la consulta, distancias largas al Centro de salud, entre otros. (13-21)

Considerando que la mayoría de estos factores son prevenibles, si es que se detectan a tiempo, antes de que aparezca alguna complicación y la forma de detectarlos fácilmente es mediante un adecuado control prenatal, el cual se define como todas aquellas acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, este debe cumplir con cuatro criterios básicos: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura. (22) El control prenatal deberá iniciarse tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación, y así realizar la detección temprana de embarazadas de riesgo y la ejecución oportuna de las acciones del fomento, también debe efectuarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo y en relación, según el riesgo que exhibe la embarazada. (23,24) La OMS esta establece que las mujeres embarazadas deben asistir como mínimo a 5 consultas de atención prenatal, la primer consulta debe ser lo más temprano posible (primer trimestre del embarazo) y que además es necesario establecer un plan para la atención del parto y para las

condiciones de urgencia que se puedan presentar durante el embarazo y se debe promover la vigilancia incluso hasta el puerperio con un mínimo de tres controles, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el segundo), y a los 42 días para el tercero, para así mantener vigilada estrechamente a la embarazada hasta que los riesgos de sufrir una emergencia obstétrica sean mínimos. (23)

En trabajos que analizan la relación entre el control prenatal y la emergencia obstétrica, muestran como en los países desarrollados debido a que hay un mayor acceso a los servicios de salud, existe un mejor control prenatal, y por tanto las mujeres embarazadas corren menos riesgo de presentar una complicación que las lleve a emergencia obstétrica o a perder la vida, en comparación a esto el 35% de las mujeres que viven en países en desarrollo del África, Asia y Latinoamérica, no recibe atención prenatal. (19, 25)

Mientras que en nuestro país se han realizado diversos estudios buscando las determinantes de la presencia o no de emergencia obstétrica dentro de estas uno de los más importantes es el control prenatal, se observó que más de la mitad de las pacientes que presentaron emergencia obstétrica (55%) acudió a una consulta de control prenatal durante el primer trimestre, con dos consultas el (12%) y sólo el (1%) cumplió con tres consultas, el restante 32% de las pacientes no visitaron a ningún médico durante el primer trimestre, posterior al primer trimestre mostró que 20 pacientes (12%) no acudieron a consulta prenatal, mientras que la media de consultas recibidas fue 4.5 consultas por paciente y el 45% tuvieron control prenatal irregular (cuatro o menos consultas durante todo el embarazo); el restante 55% tuvo control prenatal regular con cinco o más consultas durante el embarazo. (26) También se ha documentado que la atención prenatal es efectiva en la medida en que se inicie tempranamente y en forma completa. (21)

Al respecto en el IMSS en la delegación Hidalgo, HGZ y MF No. 1 en esta institución se realizó un estudio sobre los factores de riesgo biológicos y socioculturales asociados con la mortalidad materna durante el periodo comprendido de 01 de enero 2002 al 31 de diciembre 2008, se registraron 39 muertes maternas, de las cuales 13 tuvieron control prenatal adecuado, 8 no tuvieron y solo 15 tuvieron un control prenatal con más de 15 consultas durante la gestación, 41.7% lo inicio durante el segundo trimestre. (27)

En el HGZ y MF No 1 del IMSS de Pachuca Hidalgo, se ha estudiado directamente al control prenatal en asociación con diferentes complicaciones del embarazo; entre estas la infección de vías urinarias, la preeclampsia, la frecuencia de anemia; en estos trabajos se ha reportado que a menor apego al control prenatal, se incrementa más el riesgo de presentar complicaciones en alguna de las etapas del embarazo. (28, 29,30)

### III. JUSTIFICACIÓN:

La mortalidad materna en la actualidad es un tema de gran importancia para evaluar el desarrollo directo e indirecto de un país. Este indicador muestra las mayores disparidades entre países desarrollados y subdesarrollados. Las estadísticas actuales muestran que alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo sufren de enfermedades de corto y largo plazo, relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. (5) En México hasta el año 2009, se habían presentado 2.1 millones de embarazos al año, de los cuales alrededor de 300 mil casos tuvieron complicaciones obstétricas. (33)

En el Estado de Hidalgo de los años 2005 a 2013 se han notificado 11,781 eventos en mujeres con morbilidad obstétrica y de estos 7,909 correspondieron a casos de emergencia obstétrica (31) En el caso del HGZ y MF No. 1 en Pachuca Hidalgo, se registró una frecuencia de 174 casos de emergencia obstétrica durante el año 2013, de las cuales hubo dos muertes maternas. Las principales causas de emergencia obstétrica correspondieron a los trastornos hipertensivos, hemorragia obstétrica y sepsis puerperal. (32)

La mayoría de estas morbilidades son prevenibles o en su caso se pueden detectar y controlar oportunamente como es el caso de la preeclampsia-eclampsia. Esta detección y esta prevención deben llevarse a cabo a través del control prenatal. Sin embargo a pesar de que existen estudios en torno al apego al control prenatal no se cuentan con estadísticas que permitan conocer la frecuencia al apego al control prenatal en el caso específico de las mujeres que llegan con emergencia obstétrica. En el HGZ y MF No.1 se ha documentado que las mujeres que tienen un pobre apego al control prenatal, son más propensas a presentar complicaciones en alguna de las etapas del embarazo. (28)

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Consideramos que en el estado de Hidalgo la emergencia obstétrica representa el 69% de los 11,781 eventos de mujeres categorizadas con morbilidad materna obstétrica; y que en el HGZ y MF No. 1 la frecuencia de emergencia obstétrica en el año 2013 fue de 174 casos. (32) Cifras que reflejan un problema en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres durante la etapa grávido-puerperal. Por otro lado considerando que una forma de prevenir una emergencia obstétrica es a partir de un adecuado control prenatal y que en nuestro hospital el indicador de la oportunidad de asistencia a la vigilancia prenatal en medicina familiar para el 2013 fue del 56.4% (33), cifra que durante los últimos años se ha ubicado en por debajo de la media nacional que es del 65%.

#### **A partir de lo anterior en esta investigación nos preguntamos:**

¿Cuál es la frecuencia del apego al control prenatal en los casos de mujeres con emergencia obstétrica en el HGZ y MF No 1 del IMSS en Hidalgo?

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Se determinó la frecuencia del apego al control prenatal en mujeres que llegaron como emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ y MF No. 1 del IMSS, en Pachuca Hidalgo

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Se determinó el número de consultas de control prenatal a las que acudieron las pacientes embarazadas que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica.
- Se estableció el trimestre de inicio de atención del control prenatal de las pacientes embarazadas que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica.
- Se clasificaron las principales causas de emergencia obstétrica en el HGZ UMF No. 1.
- Se analizaron las enfermedades que se presentaron durante el embarazo y la semana de gestación en que aparecieron.
- Se Investigaron la presencia o no de antecedentes patológicos previos al embarazo en mujeres que llegaron como emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ y MF No. 1.
- Se determinaron las características socioeconómicas de las pacientes en mujeres que llegaron como emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ y MF No. 1.

## **VI. HIPOTESIS**

Las pacientes con baja frecuencia de apego al control prenatal, presentan complicaciones en algunas de las etapas de embarazo y llegan al servicio de urgencias toco-cirugía del HGZ y MF No. 1 como emergencia obstétrica.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **A. TIPO DE DISEÑO**

- Descriptivo: Se mostraron el espectro de características del grupo en estudio.
- Observacional: No se realizaron maniobras que modifiquen las variables del estudio.
- Prolectivo: La obtención de la información se realizó simultáneamente con la ocurrencia de la maniobra.
- Analítico: durante el estudio se establecieron relaciones entre las variables.

### **B. UNIVERSO DE ESTUDIO**

**Lugar de estudio:** El estudio se realizó en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Pachuca Hidalgo.

**Población de estudio:** Mujeres que llegaron en situación de emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ UMF No. 1 de Pachuca Hidalgo.

**Periodo de estudio:** del 14 de noviembre 2014 al 14 de mayo 2015

### **C. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Mujeres embarazadas a partir de la semana 25 de gestación que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica.
- Que contaban con expediente clínico completo.
- Mujeres mayores de 15 años y menores de 45 años.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Mujeres embarazadas a partir de la semana 25 de gestación que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía sin presentar emergencia obstétrica.
- Que no contaron con expediente clínico completo.
- Mujeres menores de 15 años y mayores de 45 años.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Pacientes que fallecieron durante la emergencia obstétrica.

## D. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

### Variable dependiente: Control Prenatal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
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.	Todas aquellas mujeres que acudieron a control prenatal durante cinco consultas o más.	Cuantitativa	≥5 consultas = Apego a control prenatal  < 5 consultas = desapego al control prenatal

### Variable independiente: Emergencia Obstétrica

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable de	Escala de medición
Emergencia obstétrica	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 de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de lo que se trate.	Todas aquellas pacientes que llegaron al servicio de urgencias tococirugía en situación que puso en peligro la vida de la mujer y/o al producto de la concepción	Cualitativa	Se clasifico como emergencia obstétrica: Si: 1 No: 0

### Variables sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	numero entero de años cumplidos	cuantitativa continua	años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado escolar	cuantitativa continua	1. Primaria o menos 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Acción en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.	Cualitativa	1. Ama de casa 2. Secretaria 3. Profesionista 4. Maestra 5. Empleada 6. Obrera 7. Otro
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	Cualitativa	1. Soltera 2. Casada 3. viuda 4. Divorciada 5. Unión libre

### Antecedentes gineco-obstétricos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Inicio de Vida sexual activa	Edad a la que tuvo la primer relación sexual	Años	Cuantitativa continua	1. Menor de 15 años 2. 15-20 años 3. 20 a 35 años 4. Más de 35 años
Embarazo	Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el	Número total de embarazos	Cuantitativa	1. Dos 2. Tres 3. Más de cuatro

	momento de la concepción hasta el nacimiento			
Partos	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal	Número total de partos vaginales	Cuantitativa discreta	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Más de cuatro
Aborto	Es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde la fecha de última menstruación o expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gr	Número de abortos que ha presentado	Cuantitativa discreta	1- Uno 2- Dos 3- Más de tres
Cesáreas	Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en abdomen y en el útero.	Número de cesáreas que se le han realizado	Cuantitativa discreta	1 Uno 2 Dos 3 Tres 4 Más de cuatro
Hijos	Persona o animal respecto de su padre o de su madre.	Número de hijos que nacieron vivos	Cuantitativa discreta	1 Uno 2 Dos 3 Tres 4 Cuatro 5 Más de cuatro

Mortinatos	Dicho de una criatura que nace muerta	Número de hijos que al momento del nacimiento estaban muertos	Cuantitativa discreta	1 Uno 2 Dos 3 Más de tres
Complicación durante la gestación y semana	Dificultad imprevista procedente de la ocurrencia de cosas diversas	Complicaciones durante el embarazo o embarazos anteriores	Cualitativa	1. Hemorragia Obstétrica 2. Preeclampsia / eclampsia 3. Sepsis puerperal 4. Diabetes gestacional 5. Ninguna
Preeclampsia	Síndrome idiopático, heterogéneo, multi-sistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria	Pacientes embarazadas de más de 20 semanas de gestación con TA sistólica $\geq$ o igual a 140mmHg y diastólica $\geq$ o igual a 90mmHg	Cualitativa	Si: 1 No: 0
Hemorragia obstétrica	Entidad nosológica que compromete la vida de las mujeres, definida como la pérdida sanguínea con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150ml/min	Pacientes de más de 20 semanas que hayan presentado pérdida sanguínea del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor a 10 puntos, o presencia de cambios hemodinámicos.	Cualitativa	Si: 1 No: 0
Sepsis	Aumento en la temperatura por encima de 38°C, mantenida durante 24 horas,	Pacientes con respuesta inflamatoria sistémica, asociada a un	Cualitativa	Si: 1 No: 0

	o que ocurre durante el período de tiempo que transcurre desde el final del primer día hasta el décimo día posparto o posaborto	foco infeccioso, documentado en el tracto genital o con sospecha, caracterizada clínicamente por fiebre, olor fétido, secreción vaginal y retraso en reducción del tamaño del útero.		
Semanas de gestación	Momento durante la gestación en el que se presentaron las complicaciones	Semana de gestación en que se presentó al servicio de urgencias	Cuantitativa continua	25, 26, 27, o mas
Espacio intergenesico	Tiempo comprendido entre los dos últimos embarazos independientemente de las semanas de gestación	Obtenido a través del expediente clínico	Cuantitativa continua	1,2,3,4 o mas
Hijos vivos	Extracción completa del cuerpo de la madre de un producto que respira o manifiesta cualquier otro signo de vida	Se obtuvo del expediente clínico	Cuantitativa discreta	1, 2 o mas
Abortos	Interrupción del embarazo cuando todavía no es viable fuera del vientre materno	Se obtuvo del expediente clínico	Cuantitativa discreta	1, 2 o mas
Método anticonceptivo	Es aquel que reduce significativamente las posibilidades de una fecundación	Se obtuvo información a través del interrogatorio directo	cualitativo	1. OTB 2. DIU 3. Hormonales orales o inyectables 4. Preservativo 5. Otros 6. Ninguno

## **E. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y prolectivo, del 14 de noviembre 2014 al 14 de mayo 2016, que correspondió a: Pacientes embarazadas que acudieron al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ UMF No. 1 de Pachuca Hidalgo, en situación de emergencia obstétrica, se les solicito previo consentimiento informado, que llenaran la cedula de recolección de datos que constaba de una ficha de identificación, antecedentes gineco obstétricos, características del control prenatal, y por último un rubro sobre datos correspondientes a hospitalización. Se ordenaron y sistematizaran los datos en una computadora personal, en el paquete estadístico SPSS versión 17. Se determinaron la frecuencia del control prenatal en mujeres que presentaron emergencia obstétrica.

## **F. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se realizó un muestreo por conveniencia con la captación de todos los casos de emergencia obstétrica presentados durante los seis meses del periodo de estudio

## **G. ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizó un análisis multivariado, estadística descriptiva; así como análisis de correspondencia múltiple. Se ordenaron y sistematizaron los datos en una computadora personal, en el paquete estadístico SPSS versión 17 para los datos obtenidos.

## **H. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO:**

El estudio fue factible, se aplicaron un cuestionario a las pacientes que se manejaron en la unidad de toco – cirugía y se revisó el expediente clínico.

**Recursos financieros:** Aportados por el investigador y asesores.

**Recursos materiales:** Archivo de la unidad, hojas de recolección de datos, lápices, hojas de cálculo de Excel, equipo de cómputo. Los cuáles fueron financiados con los recursos del investigador.

**Recursos humanos:** Asesor metodológico y clínico con Maestría en estudios regionales de población, Doctora en ciencias sociales con especialidad en estudios de mujer y género.

Un Médico residente de medicina familiar (investigador). Y una especialista en Ginecología y Obstetricia.

## VIII. **ASPECTOS ETICOS**

En base a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en Humanos Capítulo I, artículos 13, 17 y 21 publicado en el Diario Oficial de la federación el día 7 de febrero de 1987. El presente estudio no violento ninguno de los estatus asentados, conto con un riesgo moderado ya que se hicieron preguntas de índole personal por lo cual se solicitó consentimiento informado a los participantes evitando así violentar sus derechos humanos.

## IX. RESULTADOS

Las mujeres que llegaron en situación de emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco-cirugía en el HGZ y MF No. 17 tienen las siguientes características sociodemográficas: predomina la edad entre 26 a 30 años en 40.7% (n=11), el nivel de escolaridad más frecuente es bachillerato en 44.4% (n=12), respecto a la ocupación que predomina es ser ama de casa en 40.7% (n=11), en cuanto al estado civil lo más frecuente fue ser casada 44.4% (n=12) al igual que unión libre 44.4% (n=12). (Tabla 1)

**Tabla 1. Características socio-demográficas.**

<b>TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>EDAD</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
15-20 AÑOS	4	14.8
21 A 25 AÑOS	3	11.1
26 A 30 AÑOS	11	40.7
31 A 35 AÑOS	7	25.9
>36 AÑOS	2	7.4
TOTAL	27	100
<b>ESCOLARIDAD</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA O MENOS	1	3.7
SECUNDARIA	5	18.5
BACHILLERATO	12	44.4
CARRERA TÉCNICA	3	11.1
LICENCIATURA	6	22.2
TOTAL	27	100
<b>OCUPACIÓN</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
AMA DE CASA	11	40.7
PROFESIONISTA	1	3.7
MAESTRA	2	7.4
EMPLEADA	7	25.9
ENFERMERA	2	7.4
ESTUDIANTE	4	14.8
TOTAL	27	100
<b>ESTADO CIVIL</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERA	3	11.1
CASADA	12	44.4
UNION LIBRE	12	44.4
TOTAL	27	100
Fuente: Frecuencia de Apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo		

Al determinar las características del control prenatal se encontró que en 81.5 % (n=22) de las mujeres predominó el apego al control prenatal; El 63 % (n=17) de las pacientes tuvieron un control prenatal periódico y 77.8 % (n=21) tuvo su primer consulta de control prenatal durante el primer trimestre. (Tabla 2)

**Tabla. 2 Características del control prenatal**

<b>TABLA 2. CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL</b>		
<b>APEGO A CONTROL PRENATAL EN EL EMBARAZO ACTUAL</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SI</b>	22	81.5
<b>NO</b>	5	18.5
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SI</b>	17	63.0
<b>NO</b>	10	37.0
<b>INICIO DEL CONTROL PRENATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
	17	63.0
<b>NO</b>	10	37.0
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo.</b>		

En esta investigación nos dimos a la tarea de analizar el control prenatal con una herramienta utilizada en países desarrollados: el “Índice de Kansas adecuado a la atención prenatal 1994 (APNCU) por sus siglas en inglés el cual es una escala que evalúa al control prenatal de acuerdo al número de consultas de atención prenatal, mes de comienzo de la atención prenatal y edad gestacional, de acuerdo a estos datos clasifica al control prenatal en cuatro categorías que son: adecuado plus, adecuado, intermedio e inadecuado (34); esta escala se utilizó en este estudio con la finalidad de clasificar el tipo de control prenatal de una forma más específica y comparativa encontrando que el tipo de control prenatal más frecuente con un 44.4% (N=12) fue el control prenatal intermedio. (Tabla. 3)

**Tabla 3. Apego a control prenatal según APNC**

<b>TABLA 3. APEGO A CONTROL PRENATAL SEGÚN APNCU</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>ADECUADO PLUS</b>	1	3.7
<b>ADECUADO</b>	4	14.8
<b>INTERMEDIO</b>	12	44.4
<b>INADECUADO</b>	10	37
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo</b>		

Al desglosar el número de consultas de control prenatal a las cuales acudieron las pacientes embarazadas que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica el promedio fue de 8 consultas. (Tabla 4)

**Tabla 4. Total de consultas de control prenatal**

<b>TABLA 4. TOTAL DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL</b>		
<b>NUMERO DE CONSULTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>0</b>	2	7.4
<b>3</b>	1	3.7
<b>4</b>	2	7.4
<b>6</b>	1	3.7
<b>7</b>	4	14.8
<b>8</b>	5	18.5
<b>9</b>	3	11.1
<b>10</b>	2	7.4
<b>11</b>	2	7.4
<b>12</b>	4	14.8
<b>15</b>	1	3.7
<b>TOTAL</b>	27	100

**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

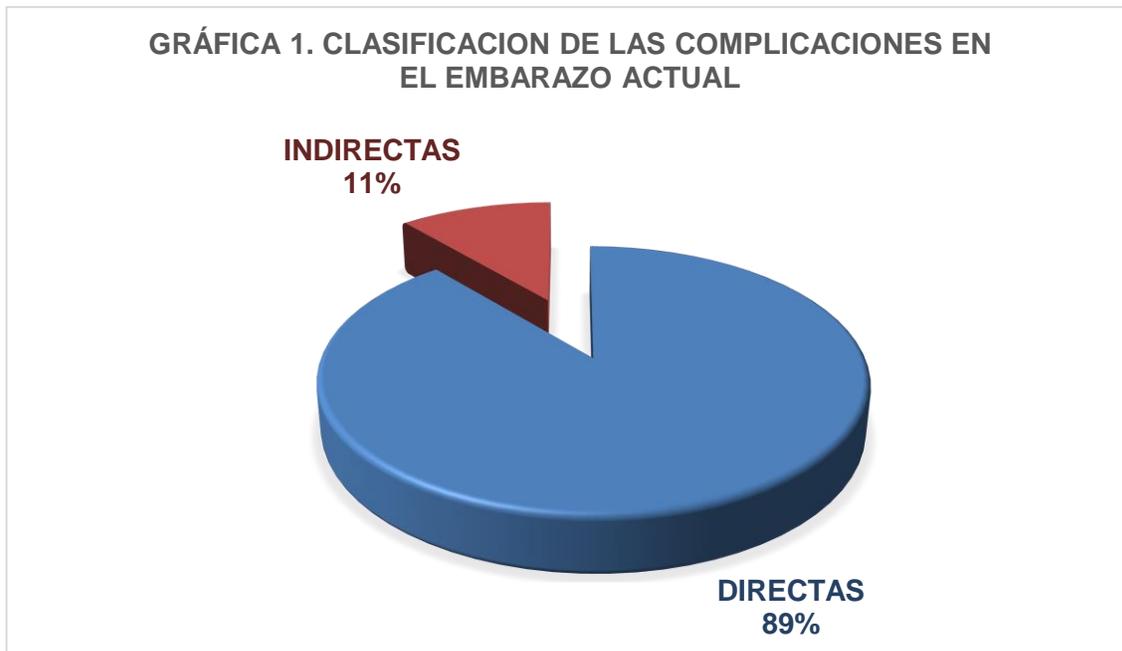
Al Establecer el trimestre de inicio de atención del control prenatal de las pacientes embarazadas que llegaron al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica encontramos que en el 77.8% (n=21) de los casos la atención prenatal comenzó durante el primer trimestre mientras que el 14.8% (n=4) de las pacientes iniciaron su control prenatal durante el segundo trimestre y 7.4% (n=2) no tuvieron control prenatal. (Tabla 7)

**Tabla 5. Trimestre de inicio del control prenatal**

<b>TABLA 5. TRIMESTRE DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL</b>		
<b>INICIO CONTROL PRENATAL EN PRIMER TRIMESTRE</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SI</b>	21	77.8
<b>NO</b>	6	22.2
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>INICIO CONTROL PRENATAL EN SEGUNDO TRIMESTRE</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SI</b>	4	14.8
<b>NO</b>	23	85.2
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>NO TUVIERON CONTROL PRENATAL</b>		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SI</b>	0	0.00
<b>NO</b>	27	100
<b>TOTAL</b>	27	100
<b>Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo</b>		

En la Grafica 1 se muestran una clasificación de las complicaciones que presentaron las pacientes estudiadas las cuales fueron clasificadas en complicaciones directas 88.9% (n=24) y complicaciones indirectas 11.1% (n=3) predominando las primeras. (Gráfica 1)

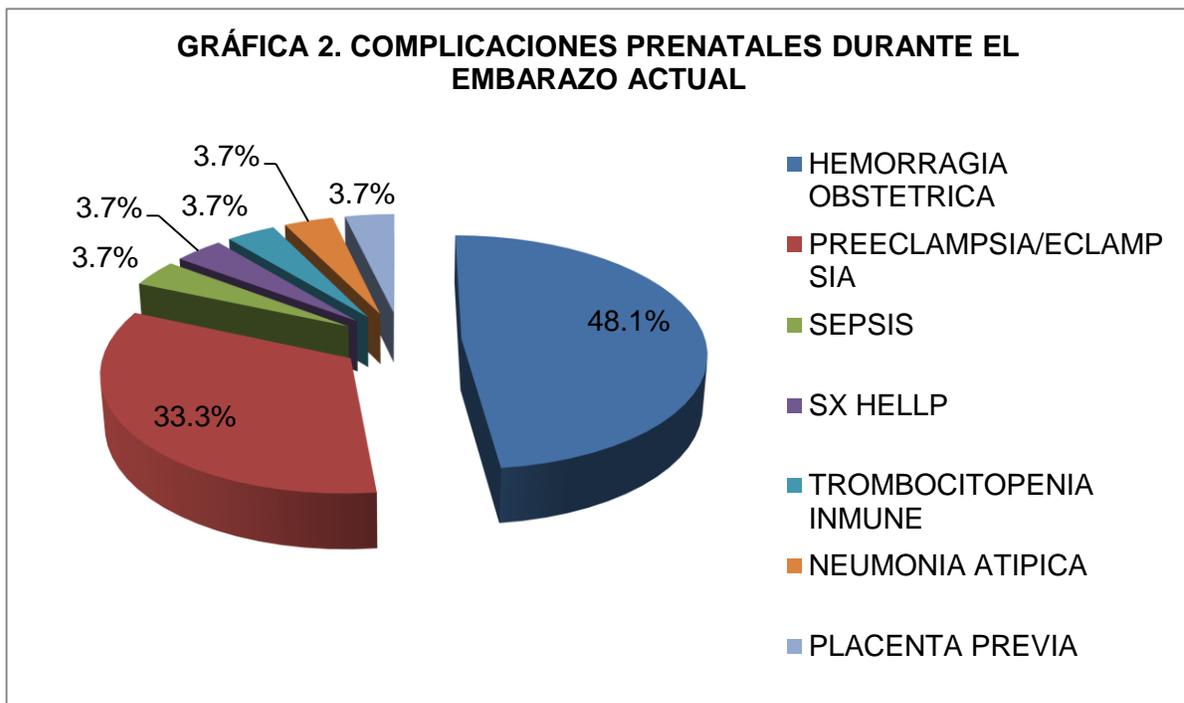
**Gráfica 1. Clasificación de las complicaciones en el embarazo actual.**



Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo

De las principales causas de las complicaciones directas la predomino la hemorragia obstétrica con una frecuencia de 48.1% (n=13) seguida por Preeclampsia/eclampsia con un porcentaje de 33.3% (n=9) y otras causas como Sepsis 3.7% (n=1), síndrome de HELLP 3.7% n=1, trombocitopenia inmune 3.7% (n=1) y neumonía atípica 3.7% (n=1). (Gráfica 2)

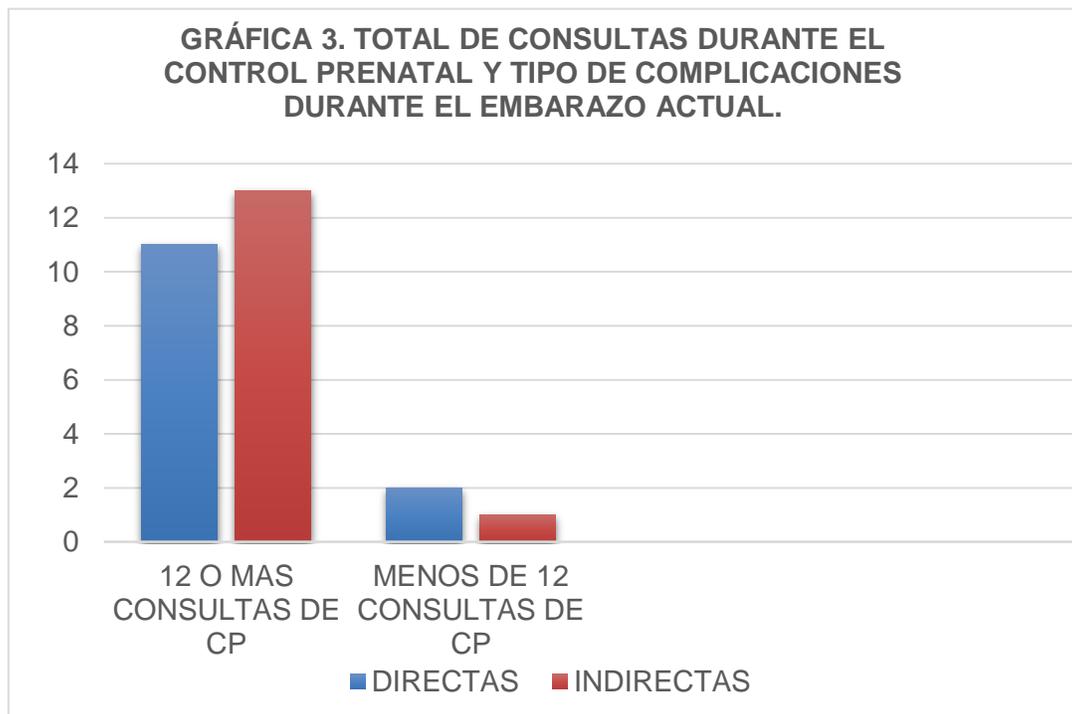
**Gráfica 2. Complicaciones prenatales durante el embarazo actual.**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

Al analizar por medio de una tabulación cruzada para las variables: total de consultas durante el control prenatal según el tipo de complicación que se presentó (directas e indirectas) se observó que en un 48.1% (n=13) de las pacientes que presentaron complicaciones directas, la constante fue un control prenatal con menos de 12 consultas. (Gráfica 3)

**Gráfica 3. Total de consultas durante el control prenatal y tipo de complicaciones durante el embarazo actual.**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

En la Tabla 5. Se muestran las pacientes que presentaron patologías en el embarazo actual 88.9% (n=24) y el periodo en el que se presentaron estas patologías.

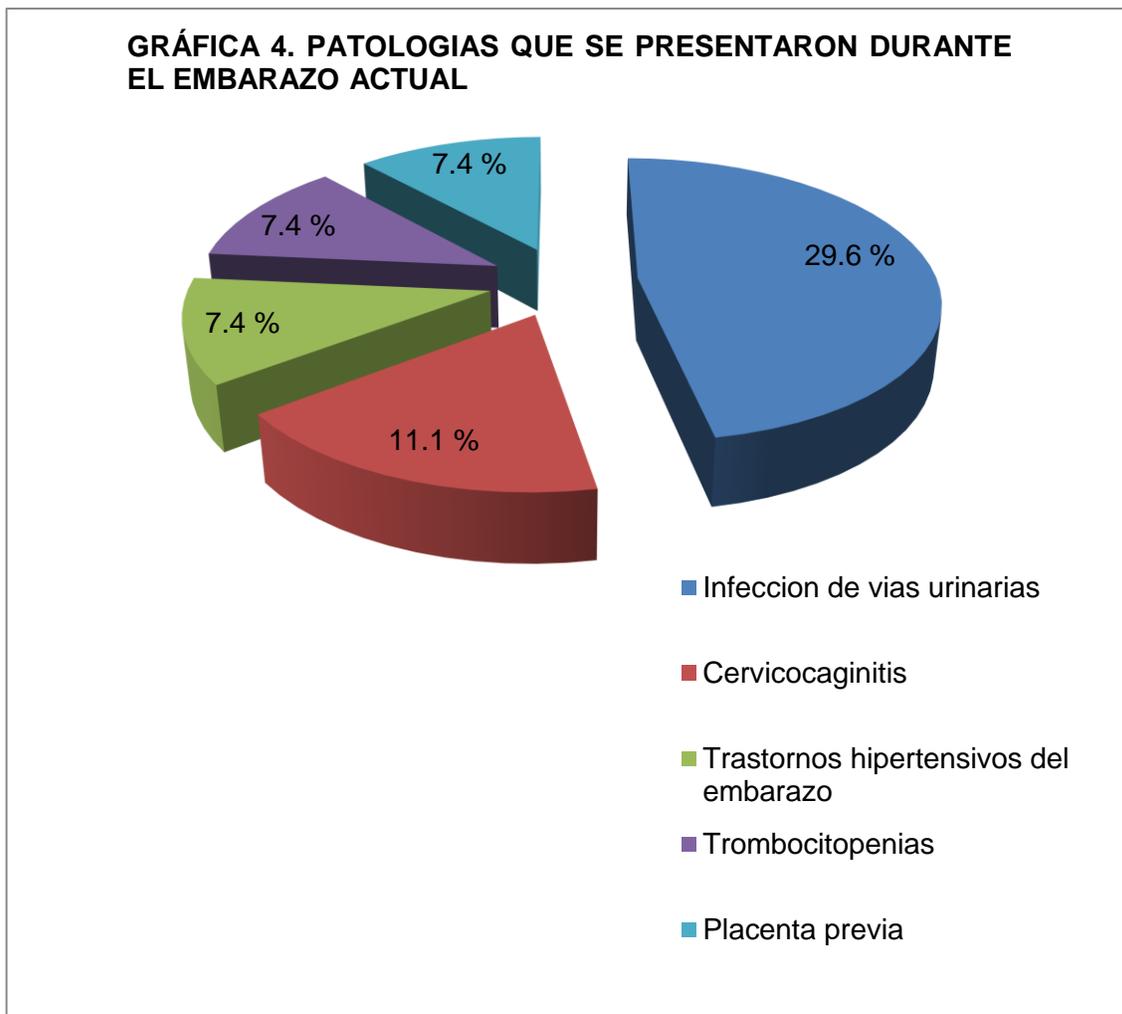
**Tabla 5. Patologías durante el embarazo actual y semana de presentación de las patologías.**

<b>TABLA 5.PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL Y SEMANA DE PRESENTACION DE LAS PATOLOGIAS</b>				
		SEMANA DE PRESENTACION DE PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL		total
		1 - 23.6 SDG	24 - 41 SDG	
<b>PRESENTO DURANTE EL ACTUAL</b>	<b>PATOLOGIAS EL EMBARAZO</b>	13	11	24
<b>total</b>		13	11	24

**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

Un 88.9% (n=24) de las pacientes presento patologías durante su embarazo de las cuales la más frecuentes fueron las Infecciones de vías urinarias 29.6% (n=8) en segundo lugar cervicovaginitis 11.1% (n=3) y con menor frecuencia trastornos hipertensivos del embarazo 7.4% (n=2), trombocitopenias 7.4% (n=2) y placenta previa 7.4% (n=2). (Gráfica 4)

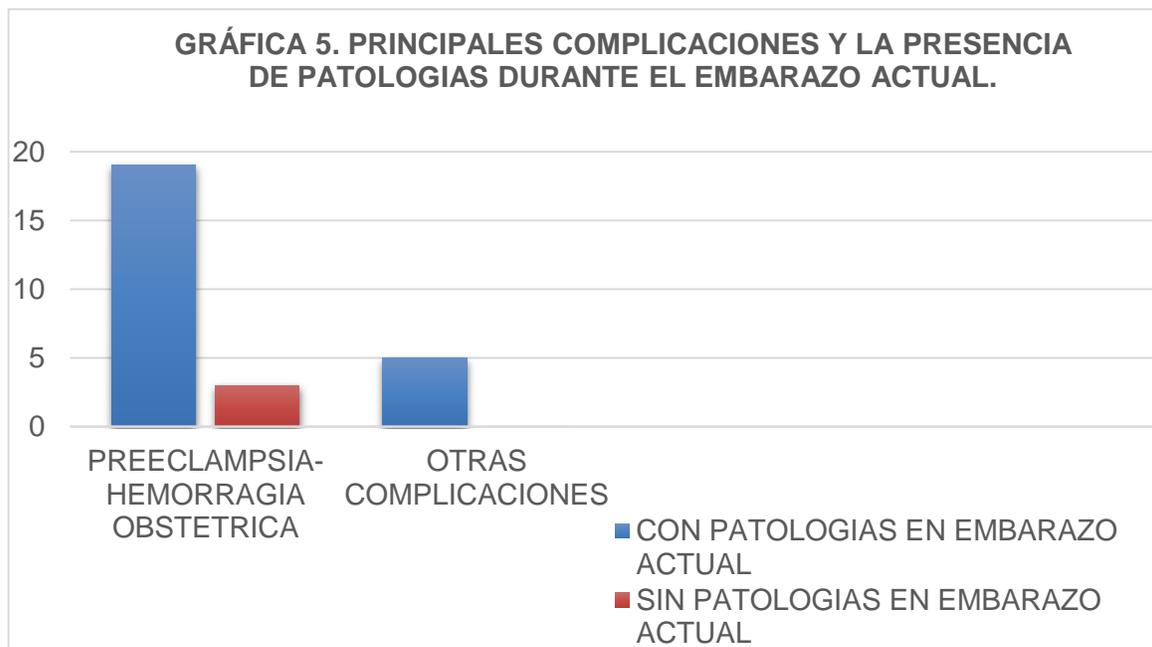
**Gráfica 4. Patologías que se presentaron durante el embarazo actual.**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

Las dos principales complicaciones que se presentaron fueron la hemorragia obstétrica y preeclampsia de las cuales prevaleció que el 88.9% (n=24) ya tenían patologías durante su embarazo y solo 11.1% (n=3) se complicaron en el momento de la emergencia obstétrica. (Gráfica 5)

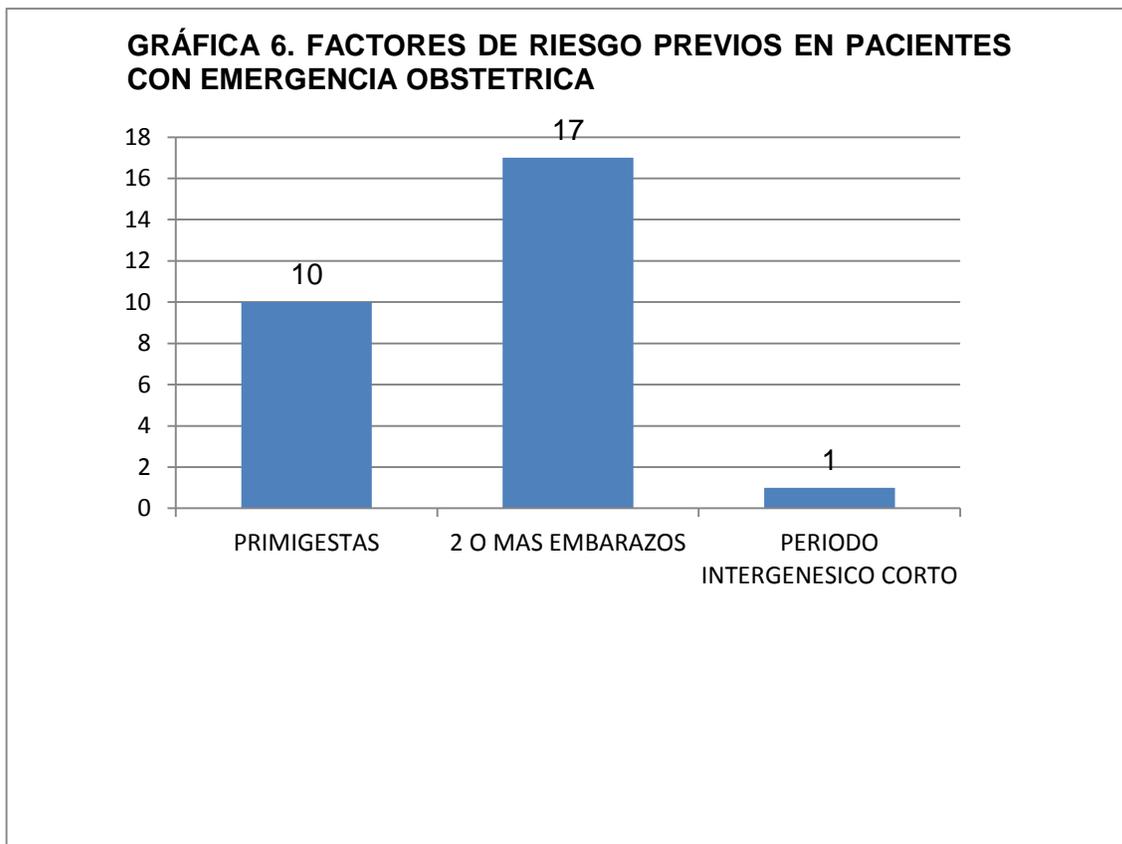
**Gráfica 5. Principales complicaciones y la presencia de patologías durante el embarazo actual.**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

Dentro de los factores de riesgo previos al embarazo en las pacientes llegaron como emergencia obstétrica al servicio de urgencias toco- cirugía en el HGZ y MF No. 1. Encontramos que 37% (n=10) son primigestas, un 22.2 % (n=6) tenían 4 o más embarazos y 3.7% (n=1) tuvieron antecedente de periodo intergenésico corto. (Gráfica 6)

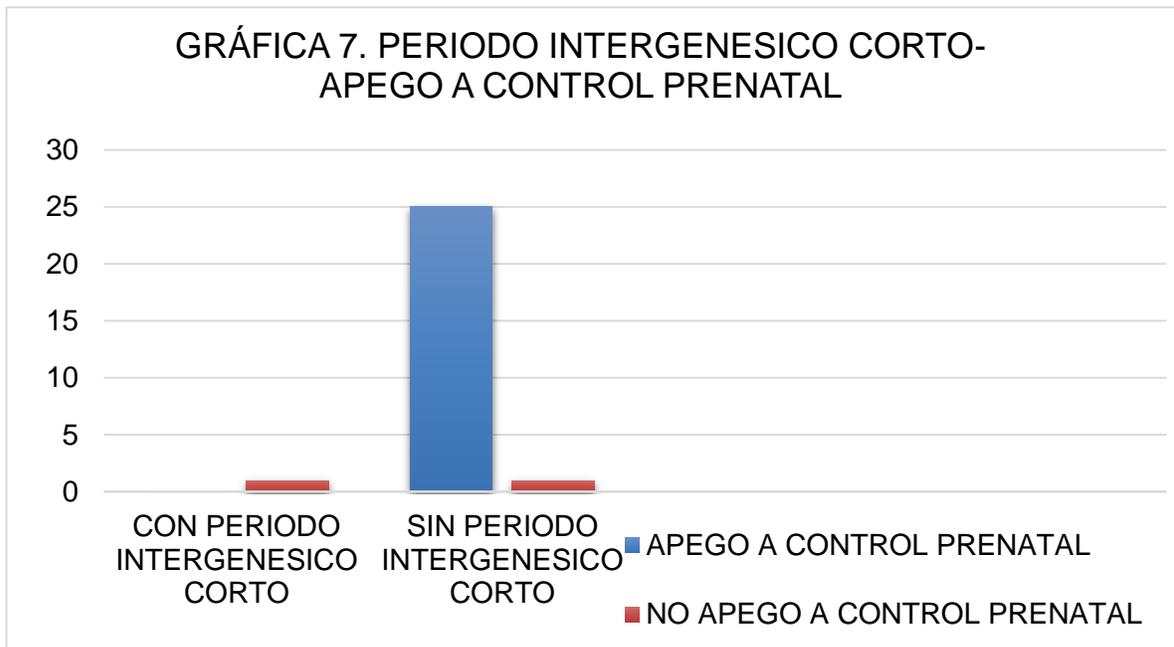
**Gráfica 6. Factores de riesgo previos en pacientes con emergencia obstétrica**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

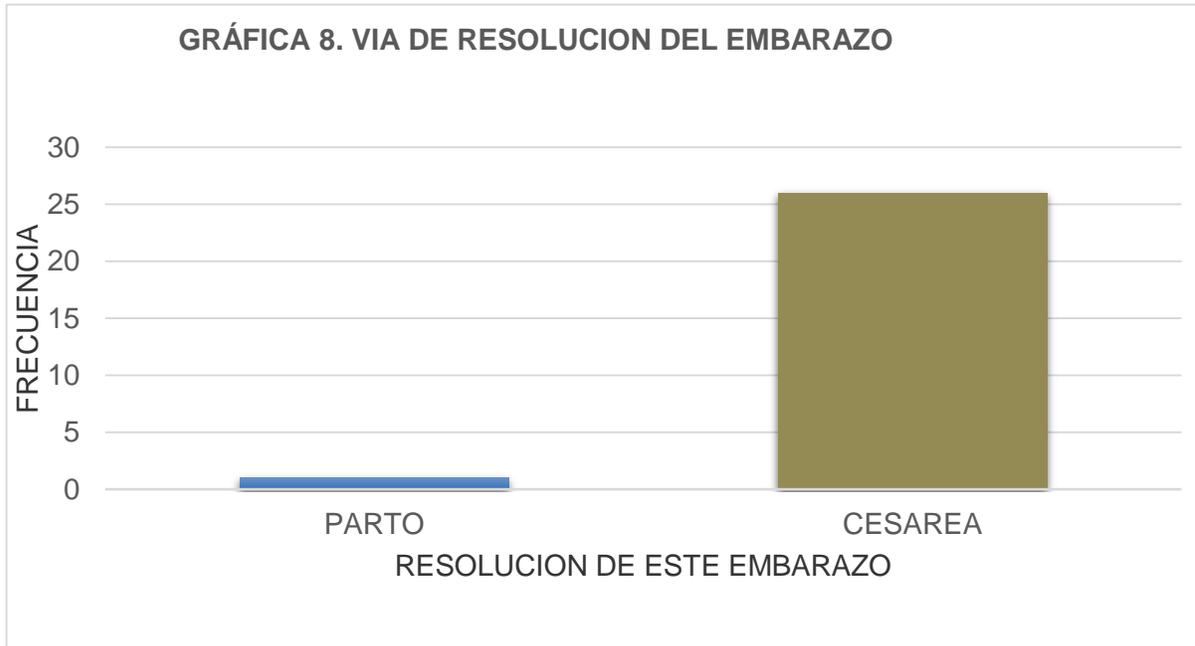
En las pacientes con periodo intergenésico corto predomino el no apego al control prenatal mientras que las pacientes sin periodo intergenésico corto el control prenatal fue adecuado. Como se presenta en la Gráfica 7.

**Gráfica 7. Periodo intergenésico corto – apego a control prenatal**



En cuanto a la vía de resolución del embarazo se encontró que el 96.3% (n=26) se resolvió por cesárea, mientras que el 3.7% (n=1) se resolvió por vía vaginal encontrándose que en estas pacientes se realizó inducción de trabajo de parto.(Gráfica 8)

**Gráfica 8. Vía de resolución del embarazo.**



**Fuente: Frecuencia de apego al control prenatal en pacientes con emergencia obstétrica, HGZ Y MF No. 1, IMSS, Hidalgo**

## X. DISCUSION

De la muestra que se obtuvo encontramos que dentro de las características sociodemográficas fueron en su mayoría mujeres en edad productiva, con ocupación amas de casa y su estado civil fue en pareja, estos datos nos hacen pensar en un perfil de riesgo que habría que considerar dentro de la población que acude al instituto. En el artículo análisis de las muertes maternas ocurridas en México en 2009 se describe que la edad media fue de 27 años, el estado civil: 43.93 % vivían en unión libre, 42.77 % estaban casadas. En cuanto a la escolaridad predominó la escolaridad menor a la secundaria y en cuanto a la ocupación el 79% eran amas de casa. Lo que coincidió con nuestros resultados y reiteramos quizás este podría ser un perfil de riesgo.

Encontramos que el apego al control prenatal fue adecuado según lo que está indicado en la NOM 007 en donde se especifica que la mujer embarazada debe tener un mínimo de 5 consultas prenatales en todo su embarazo, además que estas deben ser periódicas y la primer consulta debe ser durante el primer trimestre así que tomando en cuenta estos parámetros nuestro control prenatal es adecuado en frecuencia y periodicidad, lo que coincide con Fajardo-Dolci y cols. En 2009 hicieron un análisis sobre las muertes maternas en México, en este estudio se evaluó la atención prenatal con una muestra de 173 pacientes de las cuales el 69.3% recibieron atención prenatal, 16.76% no asistieron a ninguna consulta. De las pacientes que recibieron control prenatal el 63.33% lo iniciaron en el primer trimestre. Y 31.79% tuvieron más de cinco consultas. Aparentemente en nuestro estudio el apego al control prenatal fue bueno, habría que analizar que está pasando con el control prenatal quizás la cantidad de las consultas no nos garantizan que no se presente la emergencia obstétrica quizás se debería evaluar la calidad de ese control prenatal.

Al comparar nuestro control prenatal con el de países de primer mundo encontramos que el control prenatal es deficiente en comparación con dichos países pues en estos lo evalúan tomando en cuenta la primer consulta de control prenatal, la cual debe iniciar durante el primer trimestre, además de la periodicidad y el número de consultas otorgadas en total durante el embarazo, sin embargo en esta última parte difiere en comparación a nuestro país ya que en estos países el mínimo de consultas para considerar un control prenatal Plus es de 15 consultas; al desglosar el número de consultas de control prenatal a las cuales acudieron las pacientes embarazadas que llegan al servicio de urgencias toco- cirugía en situación de emergencia obstétrica en el

HGZ No. 1 el promedio fue de 8 consultas con esto reafirmamos lo antes mencionado pues consideramos que el número de consultas establecidas en nuestro país pudiera ser bajo, pues entre menos consultas tenga una paciente embarazada implica que puede haber más riesgo de no detectarse oportunamente las complicaciones o de que se presenten estas.

En cuanto al tipo de complicaciones encontramos que predominaron las que son por causas directas que están relacionadas con condiciones propias del embarazo. Estas complicaciones directas tuvieron un mayor número de consultas de control prenatal en comparación con las indirectas. Entonces suponemos que el tener menos consultas es factor de riesgo para presentar complicaciones indirectas. Lo que coincide con otros estudios como el de González Ortiz y Cols. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia (2014) donde se encontró que las principales complicaciones registradas en 150 casos de emergencia obstétrica fueron: preeclampsia grave (61,3%), hemorragia (28,0%), preeclampsia grave más hemorragia (8,7%), infección (1,3%), infección más hemorragia (1,3%), eventos tromboembólicos más preeclampsia (0,7%), y tromboembólicos más hemorragia (0,7%, ). Siendo estas principales causas directas. De las pacientes cuya complicación fue la hemorragia obstétrica en su mayoría durante su embarazo cursaron con infecciones de vías urinarias por lo que se considera un factor de riesgo para presentar hemorragia obstétrica.

Encontramos que la patología que más frecuentemente se presenta durante el embarazo actual de las mujeres que llegan como emergencia obstétrica al HGZ No. 1 en el periodo establecido son las infecciones en vías urinarias presentándose con más frecuencia durante la primera mitad del embarazo (semana 1 a 23.6 de gestación). Lo que coincide con el trabajo de Rincón-Cruz y cols. En el HGZ y MF No 1 del IMSS de Pachuca Hidalgo (2014), quien estudio directamente al control prenatal en asociación con Infección de vías urinarias, en este trabajo se encontró que a menor apego al control prenatal, se incrementa el riesgo de presentar complicaciones en alguna de las etapas del embarazo. Fajardo-Dolci y cols. En Análisis de las muertes maternas en México ocurridas durante 2009 encontraron que 31.21 % de las paciente que fallecieron cursaban con su primer embarazo, 15.61 % estaban en el segundo embarazo, 34.68 % eran multigestas con tres a cinco embarazos y 8.09 % eran grandes multigestas, con seis o más embarazos. 74 mujeres estaban en su primer embarazo o habían resuelto sus embarazos anteriores mediante cesárea, 27 eran primíparas, 47 multíparas y seis, grandes multíparas. En 19 no se documentó el número de partos previos. En cuanto a antecedentes personales

58.96 % no habían tenido enfermedades previas, siete 4.05 % refirieron alcoholismo, seis 3.47 % tuvieron alguna cardiopatía, 2.89 % presentaron hipertensión arterial sistémica crónica 2.31 % diabetes mellitus, 1.15 % enfermedad vascular cerebral, 1.15 % neoplasias, 0.58 % enfermedad autoinmune y 6.94 % tenían otras enfermedades. En 32 casos 18.5 % no se contó con esta información. En cuanto a nuestra encontramos antecedentes patológicos de importancia como el tener un periodo intergenesico corto el cual solo el 3.7% de la muestra lo presento, al evaluar el apego al control prenatal en estas pacientes encontramos que hubo un mal apego al control prenatal entonces se considera un factor de riesgo el tener periodo intergenesico corto para mal apego al control prenatal.

Por ultimo analizamos la vía de resolución del embarazo actual encontrando que un 96.3% se resolvió por cesárea y solamente en 3.7% de los casos fue por parto y en este caso fue un parto inducido lo que según la literatura está asociado a mayor riesgo de presentar hemorragia obstétrica.

## **XI. CONCLUSIONES**

En resumen fueron alcanzados los objetivos generales y específicos, y con base a los resultados de este estudio, en el caso de las mujeres estudiadas con emergencia obstétrica presentan una frecuencia alta de apego al control prenatal sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos nos dimos cuenta que la calidad de este control prenatal pudiera ser baja.

Concluimos que de este grupo estudiado se obtuvo un perfil: mujer en edad productiva, con pareja y con ocupación ama de casa, que se pudiera considerar un grupo vulnerable y que se pudiera tener en consideración al momento de evaluar un riesgo obstétrico y reproductivo en la consulta externa de Medicina Familiar.

De las complicaciones que se presentaron las directas fueron más frecuentes quizás no se están detectando posibles complicaciones a tiempo ya que este tipo de complicaciones son completamente prevenibles

El haber presentado patologías durante el embarazo se consideró como factor de riesgo para presentar complicaciones obstétricas esto nos hace concluir que no se les pudiera estar dando un seguimiento adecuado a estas patologías permitiendo así que se complican con emergencia obstétrica.

Es necesario reforzar la calidad del control prenatal en un primer nivel de atención. La mayoría de las comorbilidades encontradas se pueden detectar mediante el control prenatal y prevenir así que lleguen a emergencia obstétrica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Detección y Tratamiento inicial de las Emergencias Obstétricas. México: Secretaria de Salud. Elaboración 2010 y actualización 2011.
2. González-Ortiz LD, Gómez-Arias RD, Vélez-Álvarez GA, Agudelo-Londoño SM, Gómez-Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(1):15-22.
3. Protocolo de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema. Secretaria distrital de salud de Bogotá D.C. 2009.
4. Acho-Mego SC, Salvador-Pichilingue J, Diaz-Herrera JA, Garcia-Meza M. Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstetricas en las unidades de cuidados intensivos en un hospital general. Rev Per Ginecol Obstetr. 2011;57(2): 87-92.
5. Mejía-Monroy AM, Téllez-Becerril GE, González-Vargas A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. Arch Inv Mat Inf. 2012;IV(3):146-153.
6. Romero-Arauz JF, Morales-Borrego E, García-Espinosa M, Peralta-Pedrero ML. Guía de práctica clínica. Preeclampsia-eclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(5):569-579.
7. Jiménez-Cotesa E, Martínez-Sánchez L, Vargas-Grisalesa N, Agudelo-Vélez C, Ortiz-Trujillo I. Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica. Rev chil obstet ginecol. 2013;78(2):148-153.
8. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio inmediato, México: Secretaria de Salud. 2009.
9. Vélez-Álvarez GA, Agudelo-Jaramillo B, Gómez-Dávila JG, Zuleta-Tobón JJ. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009;60.  
Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214329006>> ISSN 0034-7434  
2014 ICD-10-CM Diagnosis Code O85
10. Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E -10)
11. World Health Organization. Mortalidad Materna. Fact Sheet No. 239. Geneva: WHO, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
12. Rodríguez-Gázquez MA, Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB. 2008;27(1):47-58.

13. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública Méx.* 2013;55(6):572-579.
14. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009;74(6):331-338.
15. Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís RE, Levario-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(7):461-466.
16. Suárez-JA, Gutiérrez M., Cabrera-MR, Corrales-A, Salazar-MA. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2011;37(2):154-161.
17. Pazan-S. Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010. Tesis de grado previo a la obtención del título de Médico general. Riobamba, Ecuador 2010.
18. Malvino E. Tomo III. Preeclampsia Grave y Eclampsia. Biblioteca de obstetricia crítica, Buenos Aires, 2011.
19. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Vicente-González E, Venegas-Páez FV, Villalba-Espinoza I, Pérez-Cardoso AL, Barrón-Saldaña DA, Montesinos-Gómez G, Aguirre-Güemez AV, Novoa-Boldo A, Mendoza-Larios LA, González RL, Mazón-González B, Aguirre-Gasa HG. Análisis de las muertes maternas en México ocurridas durante 2009. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(5):486-95.
20. Suárez-González JA, Preciado-Guerrero R, Gutiérrez-Machado M, Cabrera-Delgado MR, Marín-Tápanes Y, Cairo-González V. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2013;39(1)3-11.
21. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, *Rev Med Hered.* 2011;22(4):169-175.
22. 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.
23. Guía de Practica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo, México: Secretaria de Salud. 2008.

24. Pécora A, San Martín M, Cantero M., Furfaro K, Jankovic P, Llupart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2008;27(3).
25. Dominguez C, Munares F. Estudios sobre la calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima. Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana; Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud pública. Lima, Perú. 2005.
26. Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(12):660-668.
27. Gachuz-Tinoco CA., Parto o cesárea y su relación con el control prenatal. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar.
28. Hernandez-Gonzales D. Asociación del apego al control prenatal y la infección de vías urinarias, HGZ y MF No. 1 IMSS Pachuca Hgo. Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, 2011-2014.
29. López-Carbajal MJ, Manríquez-Moreno ME, Gálvez-Camargo D, Ramírez-Jiménez E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(5):471-476.
30. Sesma S, Control prenatal asociado a la violencia intrafamiliar. Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar, 2011-2014.
31. Subdirección de epidemiología secretaria de salud en Hidalgo 2014
32. Sistema Informatico de Atención Integral a la Salud, SIAIS (2013).Causas de egresos hospitalarios.Pachuca Hidalgo, Instituto Mexicano del Seguro Social.
33. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, Centro nacional de la equidad de género y salud reproductiva. México, 2009.  
Citar:[http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia\\_para\\_reducir\\_la\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf).

## ANEXOS.

### “FRECUENCIA DE APEGO AL CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON EMERGENCIA OBSTÉTRICA, HGZ Y MF No. 1, IMSS, HIDALGO”

#### I. FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

- |     |  |                    |              |
|-----|--|--------------------|--------------|
| 1.  | No. de folio: _____  | 2.                 | Fecha: _____ |
| 3.  | Nombre de la paciente: _____   |                    |              |
| 4.  | No. de afiliación: _____   | Agregado:          | _____        |
| 5.  | Clínica de adscripción: _____  | Consultorio-Turno: | _____        |
| 6.  | Tipo de Derechohabencia: Asegurado ( ) Beneficiario ( )  |                    |              |
| 7.  | Tiempo de contar con seguro social:  |                    |              |
| a.  | Menos de 5 años ( ) 5 a 10 años ( ) más de 10 años ( )   |                    |              |
| 8.  | Edad _____ años  |                    |              |
| 9.  | Escolaridad: Primaria o menos ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( )<br>Carrera técnica ( ) Licenciatura ( ) Posgrado ( ) |                    |              |
| 10. | Ocupación: Ama de casa ( ) Secretaria ( ) Profesionista ( ) Maestra ( )<br>Empleada ( ) Otro ( ) Obrera ( )            |                    |              |
| 11. | Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) viuda ( ) Divorciada ( ) Unión<br>Libre ( )                                       |                    |              |

#### II. ANTECEDENTES GINECOCOBSTETRICOS

12. Inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_ años    13. Gestas: \_\_\_\_\_
14. partos: \_\_\_\_\_    15. Abortos: \_\_\_\_\_    16. Cesáreas: \_\_\_\_\_    17. No. de hijos nacidos vivos: \_\_\_\_\_
18. No. de Hijos muertos: \_\_\_\_\_
19. Complicaciones prenatales durante el último embarazo:
- ( ) Hemorragia Obstétrica ( ) Preeclampsia/eclampsia  
( ) Sepsis ( ) Diabetes gestacional ( ) Ninguna
20. Complicaciones en algún otro de sus embarazos:
- ( ) Hemorragia Obstétrica ( ) Preeclampsia/eclampsia  
( ) Sepsis puerperal  
( ) Ninguna

21. El producto de ultimo embarazo vive

Si  No

### III. CONTROL PRENATAL

22. Tuvo control prenatal:

Si  No, Porque: \_\_\_\_\_

23. Lugar donde llevo su control prenatal: \_\_\_\_\_

24. Semana en que inicio control prenatal

1-12 semanas  13-24 semanas  24-36 semanas  37-41 semanas

25. Número de consultas de control prenatal en el primer trimestre del embarazo

No asistió  1  2  3  4  5 o mas

26. Número de consultas de control prenatal en el segundo trimestre del embarazo

No asistió  1  2  3  4  5 o mas

27. Número de consultas de control prenatal en el tercer trimestre del embarazo

No asistió  1  2  3  4  5  6  7 o mas

### IV. HOSPITALIZACION

28. Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

29. Diagnóstico de egreso: \_\_\_\_\_

30. Días de estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_

## **INDICACIONES PARA EL LLENADO DE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

Se procederá al llenado completo de cada uno de los rubros, sin omisiones o tachaduras, con lápiz o lapicero por el investigador, obteniendo los datos del interrogatorio directo de la paciente.

### **I. FICHA DE IDENTIFICACION**

1. Número de folio: se llenara con el número de entrevista que corresponda.
2. Fecha: Se anotara día mes y año en que se realizó el llenado de la hoja.
3. Nombre: Se anotara el apellido paterno, materno y nombre completo.
4. No. de afiliación: número de adscripción que tiene el expediente clínico incluyendo agregado
5. Clínica de adscripción, consultorio y turno. Se anotaran los datos correspondientes.
6. Tipo de derechohabiencia: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda a la respuesta elegida.
7. Tiempo de contar con seguro social: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda a la respuesta elegida.
8. Edad: Se anotara el número de años registrados en el expediente.
9. Escolaridad: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.
10. Ocupación: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.
11. Estado civil: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.

### **II. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**

12. Inicio de vida sexual activa: Se anotara la edad en años cumplidos en el momento de su primera relación sexual.
13. Gestas: Se anotara el número de embarazos que ha tenido la paciente hayan llegado a término o no.
14. Partos: Se anotara el número de embarazos que se resolvieron por vía vaginal.
15. Abortos: Se anotara el número de abortos que haya tenido la paciente.
16. Cesáreas: Se anotara el número de cesáreas que haya tenido la paciente.
17. Número de hijos nacidos vivos: Se anotara el número de hijos que nacieron vivos aunque ya hayan fallecido.
18. Número de hijos muertos: se anotara el número de hijos que hayan nacido vivos que por alguna circunstancia hayan fallecido.
19. Complicaciones prenatales durante el último embarazo: Se colocara una "X" en el o los paréntesis que correspondan.

20. Complicaciones en algún otro de sus embarazos: Se colocara una "X" en el o los paréntesis que correspondan.
21. El producto del ultimo embarazo vive?: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda.

### III. CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL Y RESOLUCION DEL EMBARAZO

22. Durante el último embarazo tuvo control prenatal: Se colocara una "X" en el paréntesis que corresponda. Si la respuesta es "NO" especificar las causas.
23. Lugar donde llevo su control prenatal: Anotar clínica, consultorio y turno donde llevo a cabo su control prenatal.
24. Semanas de gestación en que inicio su control prenatal: Anotar las semanas de gestación que tenía la paciente al momento de iniciar el control prenatal del embarazo actual.
25. A cuantas consultas de control prenatal acudió en el primer trimestre del embarazo: Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los primeros tres meses del embarazo. Si no acudió durante ese periodo se colocara NA en el lugar correspondiente.
26. A cuantas consultas de control prenatal acudió en el segundo trimestre del embarazo: Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los segundos tres meses del embarazo. Si no acudió durante ese periodo se colocara NA en el lugar correspondiente.
27. A cuantas consultas de control prenatal acudió en el tercer trimestre del embarazo: Anotar el número de consultas a las que acudió la paciente durante los últimos tres meses del embarazo. Si no acudió durante ese periodo se colocara NA en el lugar correspondiente.

### IV. HOSPITALIZACION

28. Diagnóstico de ingreso: En caso de haber estado hospitalizada especificar con que diagnostico ingreso al hospital.
29. Diagnóstico de egreso: En caso de haber estado hospitalizada especificar con que diagnostico la dieron de alta del hospital.
30. Días de estancia hospitalaria: En caso de haber estado hospitalizada especificar cuantos días permaneció hospitalizada.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**NOMBRE DEL ESTUDIO:** "FRECUENCIA DE APEGO AL CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON EMERGENCIA OBSTÉTRICA, HGZ Y MF No. 1, IMSS, HIDALGO"

**LUGAR Y FECHA:** Hospital General de Zona no. 1 Pachuca, Hidalgo de enero 2015 a junio 2015

**JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DE ESTUDIO:** Determinar la frecuencia del apego al control prenatal y la presencia de emergencia obstétrica en embarazadas que llegan al servicio de urgencias toco- cirugía en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo.

**PROCEDIMIENTO:** Se aplicará a las pacientes que lleguen al servicio de toco – cirugía como emergencia obstétrica un cuestionario para investigar datos sobre antecedentes personales patológicos y no patológicos, así como antecedentes gineco-obstétricos, sobre su control prenatal y sobre complicaciones que haya padecido durante su embarazo.

**POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS:** Ningún tipo de riesgo para la salud del paciente

**POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:** Contaremos con estadísticas necesarias para tener un panorama acerca del control prenatal y la emergencia obstétrica en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo.

**INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:** Se informará de manera oportuna en caso necesario.

**PARTICIPACIÓN O RETIRO:** En caso de no aceptar su participación no habrá afectación sobre su atención médica.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** No se darán a conocer los datos personales del paciente ni su número de afiliación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: QFB. MARÍA DEL CARMEN RINCÓN CRUZ, ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA CON MAESTRIA EN ESTUDIOS REGIONALES DE POBLACIÓN Y DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS DE LA MUJER Y GÉNERO, ADSCRITA AL SERVICIO DE LABORATORIO TURNO MATUTINO DEL HGZ No. 1, PACHUCA, HIDALGO. TEL 71 3 78 33. CORREO ELECTRÓNICO: [carmenc278@hotmail.com](mailto:carmenc278@hotmail.com)

Colaboradores: DRA. NADIA ENCARNACION CRUZ, MÉDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ UMF No. 1, PACHUCA, HIDALGO. TEL: 7711290167. CORREO ELECTRÓNICO [aidan\\_nalu@hotmail.com](mailto:aidan_nalu@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de CNIC del IMSS. Avenida Cuahutémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México D.F., CP 06720. Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comisión.ética@imss.gob.mx](mailto:comisión.ética@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave:

