

11726
zej
60

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA NTE.
SERVICIOS MEDICOS

" PARTICIPACION DE LAS ACTIVIDADES MEDICAS DE
PRIMERO NIVEL EN EL CONTROL PRENATAL EN LA
CLINICA 20 DEL H.G.Z. III DE TIJUANA B. C."

T E S I S

Para obtener el título de postgrado en la espe-
cialidad de Medicina Familiar.

**TESIS CON
FALLA DE CUBRIR**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

página .

I.-	Introducción	1
II.-	Antecedentes históricos	3
III.-	Justificación	4
IV.-	Planteamiento del problema	5
V.-	Estrategia	6
VI.-	Transcendencia	7
VII.-	Vulnerabilidad	8
VIII.-	Hipótesis	8
IX.-	Universo de trabajo	9
X.-	Metodología	9
XI.-	Tamaño de la muestra	9
XII.-	Objetivos	10
	a) Generales.	
	b) Específicos.	
XIII.-	Material	11
	A) recursos humanos.	
	B) recursos materiales. c) Forma MF-7/83	
	d) Concentrado.	
XIV.-	Análisis general de la población en estudio	12
	gráficas.	
	a) Pirámide de población.	13
	b) Embarazadas atendidas en consulta externa de medicina familiar en 1983	14

... continuación de índice :

c) Servicios otorgados de enero a octubre de 1984 . .	14
d) Cirugías obstétricas en 1983	14
e) Egresos por cirugías obstétricas en 1984	14
f) Servicios otorgados en 1983 por especialidades . .	15
g) Ingresos por causa en el servicio de ginecoobstetricia en 1983	15
h) Principales 10 causas de egresos hospitalarios 1983.	16
i) Ingresos por causa en ginecoobstetricia en 1983 . .	16
j) 10 principales causas de mortalidad general 1983 .	17
k) 10 principales grupos de causas de mortalidad general en 1983	17
l) Causas de mortalidad fetal en 1983	18
m) Principales causas de mortalidad infantil en 1983 .	18
n) Causas de mortalidad hebdomadal en 1983	19
o) Principales causas de mortalidad perinatal 1983 . .	19
XVI.- Análisis de los resultados	20
a) Distribución de variables según objetivos.	
-- Objetivo 1	21
-- Objetivo 2	26
-- Objetivo 3	29
-- Objetivo 4	31
-- Objetivo 5	31

. continuación de índice :

XVII.- Conclusiones	33
Hipótesis de nulidad confirmada	33
Análisis general de objetivos específicos	33
XVIII.- Alternativas	34
XIX.- Comentario	35
XX.- Bibliografía	37

INTRODUCCION

Hasta hace poco , al iniciarse el concepto de la atención pri-
maria de salud la reacción normal de las autoridades de salud ante los
problemas que se suscitarían consistía en la exigencia de un mayor nú-
mero de recursos , de hospitales, equipo moderno y capacitación de un
mayor número de médicos y enfermeras.

Había en la sociedad un sentido de dependencia cada vez mayor, un
sentido de inutilidad que llevaba a considerar a los médicos y a la
tecnología moderna como la única forma de abordar los problemas rela-
cionados al parto y a la infancia.

Hoy en día ha cambiado el criterio , canalizándose la atención
primaria de salud , y las madres y los niños serán los primeros en be-
neficiarse.

Las medidas destinadas a proteger a los niños desde temprana e-
dad se inicia antes del embarazo , por ejemplo con un mayor interva-
lo entre nacimientos , y demora del primer embarazo de una mujer jo-
ven hasta que tenga suficiente madurez física y social para afrontar-
lo. (33)

Con el apoyo de la información y la tecnología apropiada recibida
de los sistemas de salud , las familias incluidos los padres pue-
den compartir gran parte de la responsabilidad por el crecimiento y
desarrollo del niño.

El nacimiento de un niño representa una inversión considerable
de amor , de energía y esperanzas por parte de los padres y de la so-
ciedad en general. La muerte , el impedimento físico o la disminución
del potencial de un niño imponen una carga a la generación actual y
niegan recursos futuros a la comunidad .

La muerte de 17 millones de niños menores de 5 años , que ocurre
anualmente y es prevenible en la mayoría de los casos relata solo par-
te de una historia en que los sistemas de atención de salud , cómo
se administran hoy dejan de atender las necesidades de la madre y del

niño : quienes constituyen los grupos más vulnerables de la sociedad. En cierto modo son peores aún las consecuencias de la supervivencia de niños debilitados , que tendrán un crecimiento retardado o quedarán afectados permanentemente.

Nuestra tarea como médicos familiares es sumamente importante y consiste en limitar éste sufrimiento y la tasa de defunciones y al ponerlo tendremos los medios disponibles para realizarla. (32)

La inversión más importante en el futuro como individuos , naciones o familias de naciones , es la inversión que hacemos en la salud y el bienestar de nuestros niños.

La duración y calidad de sus vidas será la medida verdadera del mundo del mañana que estamos creando hoy.

Soranus de Efeso decenios antes que Claudio Galeno forjó las bases para la atención de la diáda madre-niño en su magistral obra "La ginecología" (1)

Posteriormente en 1901 la idea y práctica del control prenatal fueron postuladas por Ballantine quien publicó "Alegata en favor de un hospital de maternidad" y esta obra establecida como una rama de la medicina en todo el mundo.

El año 1921 en México Dr Ysidro Esquivel de los Reyes presentó en el "primer congreso mexicano del niño" una ponencia que llevó por título "Apuntes sobre puericultura intrauterina" que planteaba la urgente necesidad de fundar la ciudad capital lo mas pronto posible y en las demás ciudades una red de establecimientos que brindaran atención preventiva en las etapas prenatal y posnatal (2)

Estudios realizados en 1958 en Inglaterra sobre muerte perinatal se identificaron como causas de una gran proporción de estas muertes; la asfria asociada a preeclampsia materna o embarazo prolongado y revelo también las serias complicaciones asociadas a hemorragia durante el embarazo.-

En la ciudad de México en 1980 se compararon algunas características sociales y fisiopatológicas de un grupo de recién nacidos que sobrevivieron la primer semana de vida extrauterina con la de un grupo que fallecieron durante el período perinatal temprano. La soltería materna y la falta de vigilancia prenatal resultaron ser importantes factores de riesgo; a su vez el peso al nacer, la duración del embarazo y enfermedades inherentes sobresalen entre las características clasificadas como fisiopatológicas, finalmente se hace hincapié en la necesidad de una acción

integral como medio para disminuir efectivamente la mortalidad perinatal (3)

J U S T I F I C A C I O N

La justificación del presente estudio está directamente relacionado con la medicina familiar, es decir con el primer nivel de atención médica que proporciona a la población servicio médico integral.

Esta investigación está motivada a causa de la trascendencia del control prenatal para el binomio madre-hijo y directamente relacionado con lo anterior está el médico familiar, elemento principal de la atención a primer nivel dicho de otra manera; es el primer contacto entre la paciente y el equipo de salud .-

Es el médico familiar quién tiene bajo su responsabilidad el llevar a cabo un adecuado control prenatal, basándose lo mas posible en los conceptos de eugenesia, eutrofia y eufrenia en relación al ser humano en gestación, que en un futuro formará parte de la sociedad y cuyo desenvolvimiento en el seno de ésta se verá directamente afectado según sus capacidades físicas y mentales.-

Otro propósito del control prenatal es la salud materna y modificar morbilidad de la gestante; directamente afectadas por factores diversos como son medio socioeconómico y cultural, antecedentes patológicos heredofamiliares; historia de patologías previas de la paciente; antecedentes obstétricos y características individuales.

Así pues se concluye que el médico familiar puede tener gran in

fluencia en el mejoramiento de la atención prenatal con sus consecuen_
tes beneficios para el binomio madre-hijo y la sociedad en general.-

Este trabajo de investigación documental tiene como finalidad in_
vetigar la calidad de atención prenatal proporcionada por el médico fa_
miliar en la clínica PO del IMSS, zona III, tomando como referencia _
los datos anotados en la forma MP-7-83.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son factores asociados a mayor o menor riesgo perinatal, el esta_
do socioeconómico emocional o nutricional de la madre; por lo que las _
pérdidas maternas fetales o neonatales imprevistas son menos frecuen _
tes si se ha proporcionado atención médica sostenida durante el embara_
zo .- (4)

Al analizar la magnitud y naturaleza de los problemas de salud _
perinatal en México, se encontró que la mortalidad materna fué en 1976
cuando menos 10 veces mayor que en los países más desarrollados y que _
los factores más frecuentes asociados a ella eran las hemorragias, _
las toxemias, la sepsis y el aborto (5)

La magnitud de la mortalidad fetal temprana se desconoce, la tar_
día se estimó en 17 defunciones por 1000 nacidos vivos y por ese mismo
denominador, la neonatal alcanzó la cifra de 32. Por otra parte de a _
cuerdo con las estadísticas de 1970 solo el 40.7% de los partos eran _
atendidos institucionalmente lo que significa que la atención no co _
rresponde a la demanda de servicios.-

Ante este panorama es evidente la necesidad de contar con sistemas de investigación que aporten información sobre las condiciones y características del proceso perinatal y de acuerdo con las experiencias adquiridas proponer, probar e instrumentar alternativas de solución.

E S T R A T E G I A

Para seleccionar el método de investigación que permita alcanzar los propósitos antes mencionados es necesario tomar en cuenta, por una parte los factores relacionados con la naturaleza del problema que se va a investigar y por otra la estructura orgánica de la institución que la pone en práctica.

En relación con la naturaleza del problema.-

Considerando que el objetivo es conocer las características del proceso perinatal, es útil contar con un modelo que permita ubicar en el tiempo la secuencia de los fenómenos que se pretenden investigar.- Así pues lo ideal sería tomar como modelo el intervalo intergenésico y como población que se intenta estudiar a las mujeres con capacidad de procreación, en este modelo el intervalo intergenésico se divide en cuatro fases o períodos que son:

1.- La primera fase (pregestacional) es la previa a la concepción y corresponde a aquellos sucesos que pueden tener influencia en el hecho reproductivo, en la actual forma para control prenatal MM-7-83 se investigan algunos de estos datos (talla, peso previo, antecedentes personales patológicos y heredo-familiares de importancia) y mas espe-

...cificamente en uno de los últimos programas diseñados por el institu_ to dentro de la Área de medicina preventiva , objetivo del primer ni_ vel de atención ; se ha creado el control de la mujer en edad fértil.

2.- La segunda fase (gestacional) corresponde al embarazo desde la concepción hasta que se inicia el proceso que desencadena la termi_ nación del mismo.

Aquí es específicamente donde la presente investigación tiene su campo de estudio , ya que la forma MF-7-83 fuente de las variables a _ investigar se empieza a llenar con la primera visita de control prenna_ tal.

3.- La tercera fase (terminación de la gestación) es la culmina_ ción del embarazo independientemente de la vía y la edad gestacional_ en que ésto suceda .

4.- La cuarta fase (puerperio) se circunscribe a la interacción estrecha madre-hijo-padre ; su duración es variable de acuerdo con _ los objetivos de proyectos específicos de investigación.

T R A S C E N D E N C I A

En el I.M.S.S. a partir de noviembre de 1983 se ha proporcionado_ a los médicos familiares la forma MF-7-83 para registro de control pre_ natal ; cuyo contenido es esencial para el diagnóstico de riesgos , _ evolución , pronóstico y adecuado manejo de la paciente embarazada a_ sí como del producto de la concepción ; esta disposición es idónea pa_ ra sistematizar la información obtenida durante la consulta de manera_ que podamos hacer un análisis de la población mediante datos estadís_ ticos y de manera mas específica de cada paciente en particular.

Existen ya incluso formatos especiales para historia clínica pe_ rinatal simplificada diseñados por el Centro Latinoamericano de Peri_ natología y Desarrollo Humano , con objeto de contribuir a las estra_

legías regionales de salud para todos en el año 2000 , además ésta historia clínica perinatal simplificada es de uso sencillo, bajo costo y está destinada al nivel primario de atención , es de poca complejidad e incluye el control prenatal hasta el séptimo día de vida del recién nacido , abarcando el embarazo, parto , puerperio y atención del neonato , además se ha diseñado un sistema para el procesamiento computarizado de ésta información ; éste programa está a la disposición de los países que lo soliciten.

VULNERABILIDAD

Esta investigación tiene como objetivo determinar la calidad de atención prenatal que se brinda en el primer nivel de atención de la clínica 20 del I.M.S.S. de Tijuana .

Esto como ya se había especificado antes se hará en relación a los datos registrados en la forma ME-7-84.

HIPOTESIS

- Alternativa.-

El médico familiar realiza adecuado control prenatal.

- De nulidad.-

El médico familiar no realiza adecuado control prenatal.

UNIVERSO DE TRABAJO

La presente investigación es un estudio retrospectivo , descripti-vo y analítico ; basado en una técnica documental ; se realizó en el H.C.Z. III clínica 20 del I.M.S.S. en Tijuana Baja California , que cu-enta con una población urbana y suburbana adscrita de 64 790 derecho-habientes , 28 749 familias y 15 368 mujeres en edad fértil (datos obtenidos del diagnóstico de salud de la clínica durante 1983).

La clínica cuenta con 19 médicos familiares que tienen adscrita una población aproximada de 3055 familias.

METODOLOGIA

De noviembre de 1983 a julio de 1984 , se revisaron concentrados para evaluación de control prenatal por el médico familiar , de pacien-tes adscritas a la clínica 20 del H.C.Z. III del I.M.S.S. de Tiju-ana, hasta analizar una muestra representativa de la población en estu-dio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar éste se tomaron como referencia las consultas -prenatales de primera vez y subsecuentes otorgadas por el médico fami-liar durante 1983 , sumando éstas un total de 8014.

Calculando un índice de error de .05 y un margen de confiabilidad de 95.45% y con la fórmula estadística $N = N(e^2)/1$.

La selección de expedientes analizados fué al azar , de la infor-mación obtenida de los concentrados de análisis de la MR-7-83.

La muestra significativa fué de 600 expedientes.

O B J E T I V O S

Generales:

- 1.- Investigar la calidad del control prenatal proporcionado por los médicos de primer nivel a las pacientes del H.G.Z. III clínica 20 de Tijuana.
- 2.- Encontrar que factores en forma general son investigados en forma adecuada y cuáles lo son en forma insuficiente durante el control prenatal.

Específicos:

- 1.- Conocer si el médico familiar detecta antecedentes heredo-familiares y patológicos de importancia para el binomio madre-feto.
- 2.- Determinar si el médico familiar explora a sus pacientes o se limita simplemente al interrogatorio.
- 3.- Verificar si el médico familiar solicita exámenes de laboratorio durante el control prenatal.
- 4.- Investigar si el médico familiar canaliza adecuadamente a sus pacientes embarazadas cuando requieran atención de segundo nivel.
- 5.- Precisar si el médico familiar hace uso adecuado de la MM-7-83 para control prenatal en el primer nivel de atención.

M A T E R I A L

Recursos humanos:

- I médico residente de medicina familiar de segundo año.
- I médico familiar como asesor de tesis.

Recursos materiales:

- 500 expedientes de embarazadas que asisten a control prenatal al primer nivel de atención.
- 600 formas MF-7-83 .
- Anexo que contiene información concentrada de MF-7-83.
- Jefatura de medicina familiar de la clínica.
- Departamento de estadística y codificación de la clínica.

HOJA PARA SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL.

Med. Fam.

Datos del Exped.

- 1.- Edad
- 2.- Peso previo al E.
- 3.- Talla
- 4.- Gesta
- 5.- Para
- 6.- Abortos
- 7.- Cesareas
- 8.- F.U.M.
- 9.- F.P.P.
- 10.- Capact. Gesta ant.

Valoración de riesgo

- 19 a 0 + 35 A.
- 90 Kg.
- 1.50 M.
- Primigesta 0 + 5
- 2 ó + .

11. Antec. de importanc.

v12 Semanas de Gestación

- 13 Peso
- 14 Tensión arterial
- 15 F.C.
- 16 Edema
- 17 Fondo Uterino
- 18 Movimiento fetal

- Ioxemia y/o Macroscemia
- y/o Prematuro Obito.
- Inacc. crónica y/o HTA
- y/o diabetes.

Tabaq.
10 X alto.

- Incremento + 10 K.
- Diastólica + 20 Mm.

- 19 Foco Fetal
- 20 Presentación

Ausentes en + 10 Sem. Emb.

- 120 a + 160

21 Datos de Envío

- 22 Biometría Hemat.
- 23 Glucosa
- 24 V.D.R.L.
- 25 Grupo
- 26 RH.
- 27 Anomalías

- 10 G.Hb.
- + 100 Mg/100 ML.
- Positivo
- Incompatible
- Incompatible
- Presentes.

Resúmen Clínico
Diagnóstico
Plan de Estudio y Tratamiento
Sumar factores de Riesgo

4 ó más puntos + Embarazo de alto riesgo

- Cruce con un (X) si el dato está consignado en el Exp.
- Anote (R) si es factor de riesgo.
- Si no está consignado el dato, dejese el cuadro en blanco.

ANÁLISIS GENERAL DE LA
POBLACION EN ESTUDIO.

- I.- Pirámide de población.
- 2.- Embarazadas atendidas en consulta externa de medicina familiar durante 1983.
- 3.- Servicios otorgados de enero a octubre de 1983.
- 4.- Cirujías obstétricas durante 1983.
- 5.- Egresos por cirujías obstétricas de enero a octubre de 1983.
- 6.- Servicios otorgados por especialidades durante 1983.
- 7.- Ingresos por causa en el servicio de ginecoobstetricia durante 1983.
- 8.- Principales 10 causas de egresos hospitalarios en 1983
- 9.- Egresos por causa en el servicio de ginecoobstetricia en 1983.
- 10.- 10 principales causas de mortalidad general en 1983.
- 11.- 10 principales grupos de causas de mortalidad general en 1983.
- 12.- Causas de mortalidad fatal durante 1983.
- 13.- Principales causas de mortalidad infantil en 1983.
- 14.- Principales causas de mortalidad hebdomadal en 1983.
- 15.- Principales causas de mortalidad perinatal en 1983.

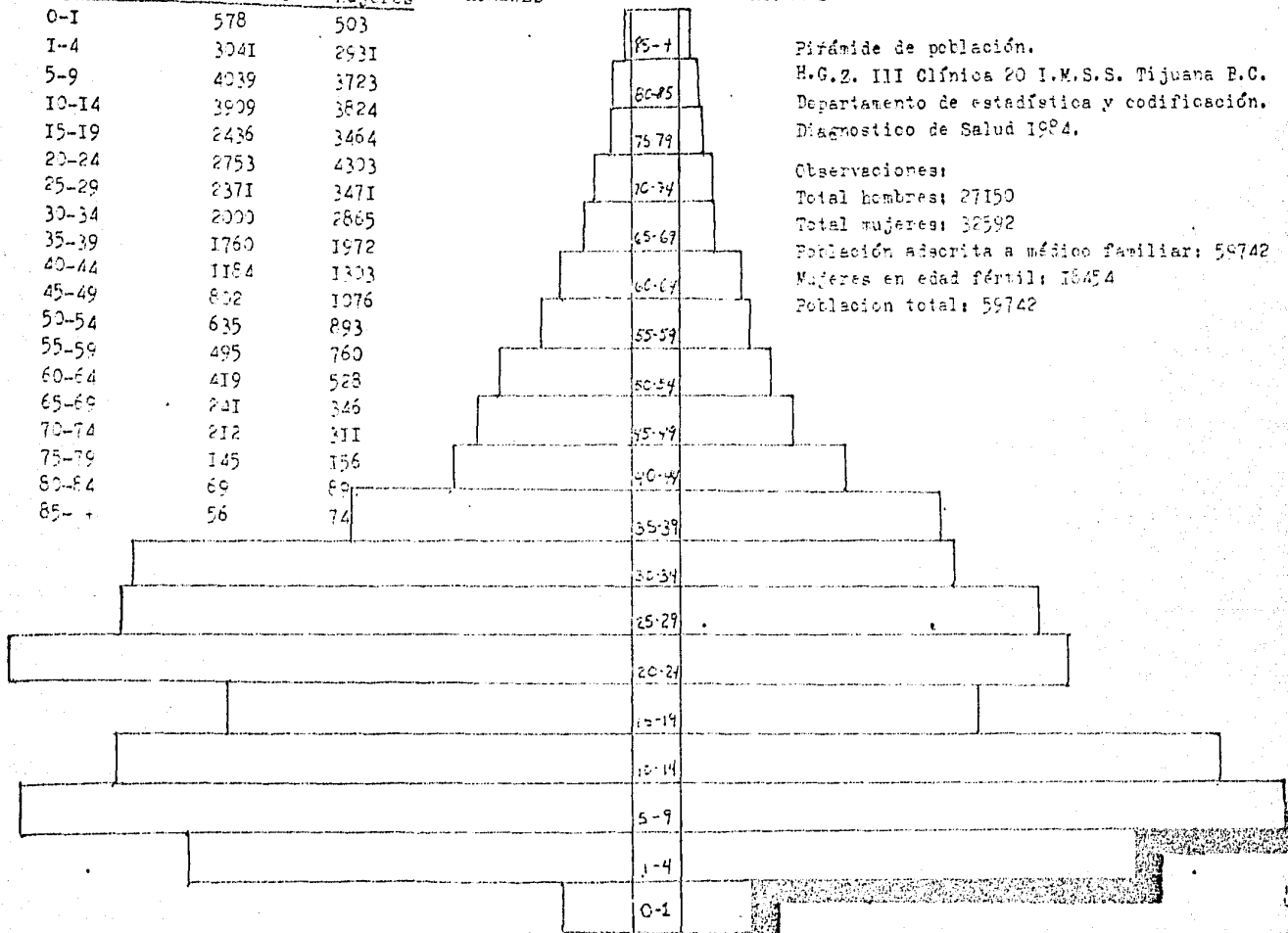
La información contenida en las tablas que a continuación se presentan fué obtenida del departamento de codificación y estadística de la clínica 20 del H.C.Z. III de Tijuana, así como del Diagnóstico de Salud de la clínica.

Grupos

Estareos Hombres Mujeres

HOMBRES

MUJERES



Pirámide de población.

H.G.Z. III Clínica 20 I.M.S.S. Tijuana B.C.

Departamento de estadística y codificación.

Diagnostico de Salud 1984.

Observaciones:

Total hombres: 27150

Total mujeres: 32592

Población adscrita a médico familiar: 59742

Mujeres en edad fértil: 18454

Poblacion total: 59742

EMBARAZADAS ATENDIDAS EN CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR 1983.

Primera vez	2439
Subsecuentes	5575
Total	8014

SERVICIOS OTORGADOS DE ENERO A
OCTUBRE DE 1984.

Consultas en ginecoobstetricia	7383
Partos	4342
Nacidos vivos	4308

CIRUGIAS OBSTETRICAS DURANTE 1983

Cesáreas	931
Episiotomías	840
Legrados	562

EGRESOS POR CIRUGIAS OBSTETRICAS
DE ENERO A OCTUBRE DE 1984.

Cesáreas	847
Legrados postaborto	436
Episiotomía	825

Fuente: Departamento de codificación y estadística.

SERVICIOS OTORGADOS DURANTE 1983 EN LA CLINICA 20 DE TIJUANA

Servicio	Cantidad	Porcentaje
QUIRURGIA	2752	16
GINECOOBSTETRICIA	9551	54
MEDICINA INTERNA	2231	13
PEDIATRIA	2960	17

INGRESOS POR CAUSA EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA 1983

No Progresivo	Causa	Número
1.-	Parto normal	4016
2.-	Cesárea	1022
3.-	Episiotomía	987
4.-	Salpingooclasia	975
5.-	Legrado postaborto	581
6.-	Aborto sin especificar	495
7.-	Parto prematuro	311
8.-	Histerectomía	257
9.-	Desproporción cefalopélvica	225
Total		9551

PRINCIPALES 10 CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE 1983.

	Nº casos	Tasa por 1000 D.H.
1.- Parto normal	4016	191
2.- Cesárea	1016	48
3.- Episiotomía	987	47
4.- Salpingoelasia	973	46
5.- Legrado postaborto	581	28
6.- Aborto sin especi- ficar.	495	24
7.- Bronconeumonía	323	15
8.- Parto prematuro	311	15
9.- Histerectomía	257	12
10.- Enteritis	233	11

INGRESOS POR CAUSA EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA 1983.

1.- Parto normal	4016
2.- Salpingoelasia	976
3.- Cesárea	1022
4.- Episiotomía	987
5.- Legrado postaborto	581

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN 1983 .

Nº progresivo Causa	Nº	Tasa por 1000 D.H
1.- Ciertas causas de mortalidad perinatal.	124	25.7
2.- Diabetes mellitus	43	2.6
3.- Cirrosis hepática	17	1.0
4.- Neumonía	13	.7
5.- Ca broncópnea	11	.6
6.- Ca páncreas	9	.5
7.- Ca Cu	9	.5
8.- Hipertensión arterial	9	.5
9.- Ca mama	8	.4
10.- Tuberculosis pulmonar	8	.4
Total de todas las causas Tasa x1000.	510	3.0

10 PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN 1983.

Nº progresivo causa	Nº	Tasa por 1000
1.- Causas de mortalidad perinatal	124	25.7
2.- Tumores malignos	74	4.4
3.- Diabetes mellitus II	43	2.6
4.- Enfermedades cardíacas	32	1.9
5.- Cirrosis hepática	19	1.1
6.- Insuficiencia renal	9	0.5
7.- Tuberculosis pulmonar	7	0.4
8.- Malformaciones congénitas	5	0.3
9.- Enfermedades cerebrovasculares	3	0.1
Tasa por 1000 derechohabientes		

CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL DURANTE 1983

Causa	Nº	Tasa por 1000 nacidos.
1.- Interrupción de la circulación materna.	61	11.0
2.- Insuficiencia respiratoria.	12	2.6
3.- Inmadurez.	11	1.9
4.- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.	8	1.4
5.- Sufrimiento fetal agudo.	7	1.2
6.- Membrana hialina.	5	0.9
7.- Anencefalia.	4	0.7
8.- Hipoxia.	2	0.3
9.- Polihidramnios.	2	0.3
Total =	120	21.6

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL DURANTE 1983.

Causa	Nº	Tasa por 1000 D.H.
1.- Mortalidad perinatal.	143	25.7
2.- Enteritis.	10	3.5
3.- Neumonía.	5	1.7
4.- Malformaciones congénitas.	4	1.4
5.- Meningitis.	3	1.0
Total por 1000 nacidos vivos	165	58.0

Datos obtenidos del diagnóstico de salud de la clínica 20 de Tijuana.

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL DURANTE 1983.

	Nº	Tasa por 1000 nv
1.- Prematurez	7	1.2
2.- Insuficiencia respiratoria	3	0.5
3.- Eritroblastosis fetal.	2	0.3
4.- Sufrimiento fetal.	2	0.3
5.- Bronconeumonía.	2	0.3
6.- Otras causas.	22	3.9

Tasa por 1000 nacidos vivos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL DURANTE 1983.

Causas	Nº	Tasa por D.H.
1.- Interrupción de la circulación materna.	61	11.0
2.- Prematurez	18	3.2
3.- Insuficiencia respiratoria.	15	2.7
4.- Sufrimiento fetal agudo.	9	1.6
5.- Desprendimiento prematuro de placenta normalmentera.	8	1.4
6.- Membrana hialina.	6	1.0
7.- Anencefalia.	5	.9
8.- Malformaciones congénitas.	3	.5
Total	143	25.7

D.H. = derechohabientes.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Las 27 variables investigadas se agruparon en cuatro incisos correspondiente cada uno a los objetivos específicos, luego de la evaluación de estos objetivos, se obtendrá el resultado pero el 5to objetivo que es la investigación del uso adecuado de la forma MF-7-83.

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES SEGUN LOS OBJETIVOS

OBJETIVO I.

Datos de la MF-7-83	Expedientes evaluados.	Datos registrados	% de datos anotados
Edad	600	403	67.16
Peso previo		359	59.83
Talla		344	57.33
Gesta Para		405	67.50
Aborto		394	65.66
Cesáreas		397	66.16
Fecha de última menstruación		397	66.16
Fecha probable de parto		407	67.83
Antecedentes obstetricos		405	67.50
Antecedentes Patologicos importantes		271	45.16
		340	56.66

Conocer si el médico familiar detecta antecedentes heredofamilia
res y patologicos de importancia para el embarazo actual.

En relacion a las variables del objetivo I encontramos verdaderadeficiencia en cuanto a la captacion de datos.

a) Edad.- 403 de los 600 expedientes tenían anotada en la MF-7 la edad (67.16 %) (13).

Habel señala como factor de riesgo prenatal la edad materna menor de 15 años y mayor de 35 años incrementándose el diagnóstico de Síndrome de Down en mujeres mayores de 35 años, con altas probabilidades en el grupo de 30 a 34 años.- (7)

Otros autores toman como riesgo de los 18 a los 35 años.(10).

En cuanto a las complicaciones obstetricas de las adolescentes se ha encontrado que hay gran incidencia de prematuridad, muertes neonatales, parto prolongado toxemia, sangrados cervicales así como de cese del embarazo por cesaria. (11) (11)

b) Peso previo del embarazo.-

359 de las 600 ME-7-83, equivalente a un 59.83 % tenían consignado este dato que es de suma importancia en la valoración clínica de los factores de riesgo perinatal sobre todo si este es de más de 20 % menos del ideal ya que éste es uno de los parámetros para evaluar el estado nutricional materno.- (10) (9) (12)

Habel señala incremento del riesgo perinatal en pacientes con peso menor de 100 lbs. o mayor de 200 lbs.- (7)

Suele ser proporcional al peso materno en relación al peso del producto al nacer.- (14)

c) Talla.-

344 (57.33%) de éste dato fue registrado.-

Jasso señala incremento del riesgo perinatal en pacientes con estatura menor de 1.50 mt.- (10)

En las mujeres de talla baja es posible encontrar gestaciones de menor amniotico pero dentro de límites normales.- (14)

d) G e n t a . -

67.50 %, 405 de los M-7-83 contenian este dato.-

En pacientes multigestas aumenta morbilidad materno-fetal, sobre todo si ha habido problemas anteriores.- (10) (15)

En México se ha comprobado que la mortalidad intrauterina se encuentra elevada en las primiparas tardias, multiparas jovenes y madres con mas de 10 embarazos .- (11)

e) P a r a.-

394 expedientes contenian este dato o sea 65.66 % .-

La multiparidad así como la gestacion que se inicia 3 meses después de un parto encuentran la morbilidad materno infantil riesgo que se incrementa si hubo complicaciones obstetricas durante el parto.

f) A b o r t o

66.16 % o sea 397 de los expedientes contaban este dato.-

Tanto los antecedentes de esterilidad prolongada como de infertilidad incrementan el riesgo de complicaciones obstetricas que pueden volverse a presentar .- (10) (12)

g) C e s a r e a

66.16 % de los expedientes tenian consignado este dato como interrogado (397)

Es importante investigar la causa de cesarea anterior en relación

a la necesidad del cese del embarazo actual por la misma vía, no se ha demostrado incremento en la morbilidad materno-fetal en la interrupción del embarazo por vía fetal.- (15)

h) La MUM y MPP estaban consignados en 407 y 405 expedientes respectivamente (67.83 y 67.50 %).

Estos 2 parámetros mas la exploración física deben evaluarse para determinar la edad gestacional.

i) Historia obstétrica. Este parámetro fue uno de los menos registrados en la ME-7-83, solo 271 expedientes o sea el 45.16 % lo contenían. Hobe! destaca entre los antecedentes obstétricos de importancia; embarazo anterior con producto de bajo o alto peso, cesárea previa; así también en otras revisiones como la de Max Salas en relación a la historia clínica del recién nacido que refiere como antecedentes para predicción de morbilidad fetal; antecedentes de aborto, parto prematuro o productos malformados así como productos con inmunización. (7)(12)

Janso cita las complicaciones obstétricas pasadas como la toxemia, desprendimiento prematuro de placenta normalizada y antecedente de esterilidad prolongada. (10)

En un estudio realizado en México se ha determinado que el número de pérdidas obstétricas anteriores es decisivo para predecir la morbilidad del embarazo actual (31).

j) Antecedentes patológicos de importancia. Este fue otro de los datos menos investigados, solo 340 expedientes lo tenían consignado, lo que equivale a un 56.66 %.

Es obligatoria la identificación de antecedentes patológicos de importancia con el fin de atender complicaciones a tiempo y prevenir la morbilidad materno-fetal, se ha comprobado que con esta medida se podrían evitar en un 7% las causas de morbilidad materno-fetal.

Los antecedentes de cardiopatías deben investigarse por su repercusión en la circulación materno-fetal y luego como probable génesis de complicaciones durante el parto y puerperio. (9)(7)(12).

La diabetes ya sea gestacional o previa al embarazo se asocia a elevada mortalidad perinatal aún con tratamiento asociándose a macrosomía fetal y trauma obstétrico con las consiguientes secuelas; por lo que se eleva el riesgo de morbilidad materno-fetal. (13)

En los hijos de diabéticas está elevada la incidencia de síndrome de insuficiencia respiratoria. (23)

Los criterios de Nobel incluyen la historia familiar de diabetes como factor predictivo de diabetes en la madre. (24)

La hipertensión arterial sobre todo previa al embarazo aumenta la morbilidad infantil y los riesgos maternos, asociándose con frecuencia a la gestación de productos de bajo peso al nacer.

Las infecciones sistémicas son otro parámetro a investigar dentro de éste inciso y es obvia su repercusión.

En cuanto al tabaquismo en el embarazo, algunos autores incluyen a éste entre las toxicomanías y como problema social que afecta principalmente al producto, ya que el bajo peso al nacer está asociado directamente en casos de tabaquismo severo de la madre; ésto es debido a hipoxia por hemoconcentración lo que ocasiona alteraciones en la perfusión placentaria. (20)(14)(22)

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES
SEGUN LOS OBJETIVOS.
OBJETIVO 2.

Datos de la MF-7-83	Expedientes evaluados	Datos registrados	% de datos anotados
Semanas de gestación	600	396	66.00
Peso		400	66.66
Tensión arterial		396	66.00
Frecuencia cardíaca		391	65.16
Edema		388	64.66
Fondo uterino		382	63.66
Movimientos fetales		340	56.66
Foco fetal		271	45.16
Presentación		290	48.33

Objetivo:

Saber si el médico familiar explora a sus pacientes o se limita simplemente al interrogatorio.

a) Semanas de gestación. Dato registrado en 396 MF-7-83 (66.00 %) Este parámetro debe concordar con la edad gestacional según la fecha de última regla , para descartar alteraciones en el crecimiento fetal , polihidramnios , embarazos múltiples , desnutrición in útero , patologías que incrementan la morbimortalidad fetal (13)

Es importante detectar embarazos prolongados sobre todo de mas de 42 semanas , ya que la mayoría de ellos se solucionarán por cesárea - debido a sufrimiento fetal frecuentemente causado por insuficiencia feto-placentaria y compresión del cordón umbilical.

b) **Peso.** - Esta variable se registró en un 66.66 % (400 expedientes) El incremento de peso durante el embarazo depende del estado nutricional de la madre , y una pérdida de peso durante la gestación nos obliga a investigar diabetes materna. (18)

El incremento de peso debe ser proporcional a la edad gestacional.

c) **Tensión arterial.**- 66 % de las MF-7-83 evaluadas contenían este dato (396). Hobel señala entre las complicaciones más del embarazo la hipertensión , siendo la génesis de ésta de origen materno y en un estudio reciente se ha comprobado que la preeclampsia y la eclampsia incrementan la morbimortalidad materno fetal y se asocian a productos de bajo peso al nacer ; ésta microsomía se debe a alteraciones en la perfusión placentaria , sobre todo si la hipertensión se inicia desde etapas tempranas del embarazo. (27)

d) **Frecuencia cardíaca.** Solo 65.16 % (391 expedientes) presentaban ésta información , la cuál nos orienta sobre la capacidad cardíaca durante el stress del embarazo y podría orientarnos en caso de cardiopatía preexistente. (9)

e) **Edema.** Este dato fué registrado en un 64.66 % (388 expedientes) su presencia en el embarazo puede indicar retención de líquidos asociados a preeclampsia. (26)

f) **Fondo uterino.** Este dato se reportó en 382 expedientes (63.66%) siendo éste parámetro importante indicador del crecimiento fetal y debe relacionarse de manera exacta con la fecha de última menstruación.

g) Movimientos fetales. Otro de los parámetros poco investigados solo se registró en 340 expedientes (56.66 %) .

En Canadá se realizó un estudio sobre evaluación fetal antepartum usando una tabla de perfil biofísico y se encontró que los movimientos fetales es el parámetro más confiable para detectar problemas perinatales. (28)

h) Foco fetal. Parámetro contenido solo en 271 expedientes lo que equivale a un (48.33 %). El foco fetal forma también parte de los parámetros a investigar en el perfil biofísico del feto ; en los fetos menos activos que son los más pequeños para la edad gestacional se encontraron menos aceleraciones en la frecuencia cardíaca debido a que son menos activos.

i) Presentación . 290 expedientes tenían anotado este dato como investigado. (48.33%) Es importante detectar presentaciones anómalas ya que éstas aumentan la morbilidad fetal por traumatismo obstétrico , y finalmente la mayor parte de éstos embarazos se solucionan por cesárea. (30)

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES
SEGUN LOS OBJETIVOS.

Objetivo 3.

Datos de la MF-7-83	Expedientes evaluados	Datos registrados	% de datos anotados
Biometría hemática	600	181	30.16
Glicemia		263	43.83
V.D.R.L.		264	44.00
Grupo sanguíneo		270	45.00
Rh		270	45.00

Objetivo:

Verificar la solicitud de exámenes por el médico familiar durante el control prenatal.

a) Biometría hemática.- Solo a 181 paciente s se les había solicitado (30.16 %) , el parámetro mas fidedigno aquí es la hemoglobina - que está en relación directa con el estado nutricional de la madre y - hábito de tabaquismo presente o no.

Recordemos que en los casos de madres fumadoras crónicas y con varios cigarrillos al día encontramos policitemia lo que interfiere en la circulación útero-placentaria. (10)(22)

b) Glicemia. Un 43.83 % de las pacientes la tenían solicitada . En relación a la importancia de la glicemia durante el embarazo ya se hizo mención previamente al destacar la importancia de la detección de diabetes gestacional (25) (23) (18) (17).

c) Grupo y Rh . 270 expedientes tuvieron registrados éstos datos importantes para detectar y prevenir isoimmunización materno-fetal (30)

d) VDRL.- Examen de laboratorio solicitado a 264 pacientes lo que equivale a un 44.00 %.

Una de las principales causas de malformaciones congénitas es la sífilis prenatal , que también se asocia a elevada mortalidad neonatal.

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES
SEGUN LOS OBJETIVOS.

Objetivo 4.

Datos de la MF-7-83	Expedientes evaluados	Datos registrados	% de datos anotados
Resumen	600	254	42,16
Diagnóstico		329	54,83
Plan		321	53,50
Suma de factores de riesgo.		321	53,50

Objetivo:

Investigar si el médico familiar canaliza adecuadamente a sus pacientes embarazadas cuando requieren atención de segundo nivel.

Aquí encontramos verdadera deficiencia en cuanto a la anotación de datos y verdadera incongruencia entre la anotación de las variables.

Objetivo 5.-

Precisar si el médico familiar hace uso adecuado de la MF-7-83 para control prenatal en el primer nivel de atención.

De los 32 parámetros investigados en la MF-7-83, el parámetro que con más frecuencia se registró fue la fecha de última menstruación, encontrándose MF-7-83 incluso sin nombre ni edad de la paciente.

El dato menos anotado y por ende el menos investigado fue la biometría hemática.

OBJETIVO 1	62.45 %
OBJETIVO 2	60.25 %
OBJETIVO 3	41.26 %
OBJETIVO 4	51.04 %

Al sumar los porcentajes se concluye que solo el 53.75 % de los datos de la MF-7-83 fueron registrados , con un déficit de 46.25 % de información .

Por lo que se concluye que el objetivo 5 se comprueba de manera negativa ; el médico familiar no hace uso adecuado de la MF-7-83.

CONCLUSIONES

Hipótesis de nulidad confirmada.

Después de los resultados obtenidos encontramos que hay un déficit del 46.25 % en la información que debe contener la MP-7-83 por lo que se concluye que el médico familiar no hace uso adecuado de la MP-7-83, forma especial para control prenatal; podemos así mismo inferir que esa información faltante no fué investigada y por lo tanto no se realizó adecuado control prenatal.

Objetivos específicos

Solo se detectaron antecedentes heredofamiliares y patológicos de importancia para el binomio en un 62.25 %.

Los datos de exploración física registrados indican que ésta es adecuada en un 60.25 % de los casos .

Los exámenes de laboratorio se solicitaron solo en un 41.26 % de los casos investigados, el resto no contaba con paraclínicos.

No fué valorable el objetivo número 4 ya que un 48.96 % de los pacientes no contaban con resumen clínico, diagnóstico, plan y suma de factores de riesgo; obviamente por no contar previamente con las demás variables anteriores anotados.-

ALTERNATIVAS

- 1.- Elevar el nivel de preparación y adiestramiento del personal en cargo de la promoción y práctica del programa , específicamente los médicos familiares.
- 2.- Informar los resultados del presente estudio a los médicos familiares de la oficina , haciendo hincapié en la importancia del programa , para tratar de cambiar la conducta actual y que el presente estudio sea de verdadera utilidad ; esperando obtener retroinformación positiva a través de un cambio de conducta.
- 3.- Pagar porque siempre los médicos familiares cuenten siempre con los recursos materiales necesarios para cubrir adecuadamente la demanda del servicio y puedan cumplir adecuadamente con su labor.

COMENTARIO

El aumento continuo de la población adherita a cada clínica del I.M.S.S. , como reflejo fiel del aumento de la población mundial; ha creado la necesidad de sistematizar las fuentes de información , que son los documentos donde se encuentran registrados los eventos de la vida de un individuo , en éste caso particular se trata de documentos médicos.

Es necesario que la información contenida en éstos documentos sea confiable, adecuada y oportuna para que pueda ser procesada por el equipo de salud y cumpla su cometido sirviendo para: organización y planificación de servicios y actividades, toma de decisiones, administración de recursos, base para retroalimentación. (34)

Lo expresado anteriormente es a nivel general , pero se aplica también en cada caso particular , específicamente hablando de la forma MF-7/83 para control prenatal por el primer nivel de salud ; en ésta se encuentra concentrada la información que nos dice el riesgo ginecoobstétrico del binomio madre-hijo , para de ahí partir con nuestra labor como responsables de la parte más vulnerable de la población; como se ha establecido previamente por métodos bioestadísticos

El programa de atención prenatal forma parte de los programas prioritarios de salud , responsabilidad todos ellos del equipo de salud del primer nivel.

Este programa forma parte de un ambicioso proyecto titulado : " Salud para todos en el año 2000" y precisamente el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo (CLAP) con el objeto de contribuir a las estrategias de salud para todos en el año 2000 , está desarrollando una serie de tecnologías apropiadas para cooperar en el logro de extender la cobertura de la atención perinatal y ha preparado una historia clínica perinatal simplificada de uso sencillo y bajo costo , destinada al primer nivel de atención. (35)

Uno de los ocho indicadores de salud y bienestar propuestos por la Oficina Panamericana de Salud, es precisamente la información demográfica clasificada según la edad, el sexo, la distribución geográfica y la condición socioeconómica; y analizando ésta encontramos que en países como el nuestro existe una gran población de mujeres en edad fértil, así como de población infantil; otro indicador es la fecundidad que también es muy elevada en nuestro país; con datos como éstos obtenidos de las estadísticas vitales es que se han diseñado los programas de salud. (36).

Es precisamente como ya se había señalado antes en el primer nivel de salud donde recae la responsabilidad del logro de los objetivos de Salud para todos en el año 2000.

BIBLIOGRAFIA

- 1 y 2 .-Silvestre Frank Dr. " Historia reciente de la asistencia materno-infantil en México " Salud Pública de México, Sep- Oct . vol. 25 pp 513-517.
- 3.- Gutiérrez Avila Jesús "La mortalidad en el período perinatal" Salud Pública de México mayo-junio 1980 vol 22 No 3 pp 261-269.
- 4.- Pernoll L. Martin "Embarazo de alto riesgo"Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. Ed. Manual Moderno 1980 México pag 571.
- 5.- Pedro Arroyo, Héctor Avila & cols."Historia Clínica perinatal simplificada" Boletín de la oficina sanitaria panamericana, vol 95 No 2 agosto 1983 pp 163 - 173.
- 6.- Ricardo Schwarz & cols. " Programa para la captación de una cohorte de estudios perinatales . Justificación y estrategia. " Boletín de la oficina panamericana sanitaria. Vol 95 No 1 Julio de 1983 pp 35 a 50.
- 7.- Gigliola Bariffi & cols. "Definitions of high risk pregnancy and evaluation of their prediction validity " American Journal of Obstetrics & Gynecology. vol 148 No 6 march 15 1984 pp 731-736.
- 8.- Huelther C. " Projection of Down's syndrome birth in The United States " Canadian Family Physician Feb 1984 pp 1186 - 1189.
- 9.- Ralph C. Benson . Diagnostico y Tratamiento ginecoobstétrico. Ed.Manual Moderno . México 1980. Capítulos varios.

10.- Jasso Luis. Neonatología Práctica. Ed. Manual Moderno México 1980. Capítulos varios.

11.- Ryan Jorge & cols. "Complicaciones obstétricas de la adolescente" Clínica obstétrica y ginecológica de Norteamérica. vol 4 1978 Editorial Interamericana.

12.- Salas Alvarado Luz & Ramírez Rayana Jaime. Síndromes Pediátricos Fisiopatología, clínica y terapéutica. Prensa Médica Mexicana. 2a Ed.

13.- Yves W. Brans. "Mortalidad perinatal en un centro grande de perinatología " American Journal of Obstetrics and Gynecology. Feb 1984, Nº 3 vol 148 pp 284-289.

14.- Mc Eden & cols. "Factores que afectan el peso al nacer" British Journal of Obstetrics and Gynecology. vol 91, Nº 10 oct 1984 pp 968 - 973.

15.- Worrall J. Graham "Prenatal care in rural Newfoland" Canadian Family Physician Jan 1982 pp 62-66.

16.- Autores varios. "Incremento de cesáreas en 5 hospitales de la ciudad de México "Salud Pública de México. SISA. vol 26 Nº 4 julio -agosto 1984 pp 34 - 36.

17.- Hunter J.S. David "¿Es la diabetes gestacional una entidad clínica? Canadian Family Physician. Jun 1984 pp 1319 - 1321.

18.- T. Lind "Antenatal screening for diabetes mellitus " British Journal of obstetrics & Gynecology. vol 91 Nº 9 sep 1984 pp 833-835.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 19.- Moore M. P. & Redman "Intrauterine development and delivery. Excerpta medica. Newborn & Infant. Excerpta Medica. 1984 vol 50 Issue 8 pp 3045.
- 20.- Mortimer G. Rosen & cols. "The association between caesarean birth and outcome vertex presentation -relative importance of birth weight - Dubowitz scores and delivery route ? American journal of obstetrics & gynecology nov 15 1984 vol 150 N° 6 pp 775-779.
- 21.- Goldenberg Robert & cols. "Survival of infants with low birth weight and early gestational age" American Journal of obstetrics and Gynecology. Jul 1984 vol 190 N° 5 pp 538-544.
- 22.- Stein Torun Nilgen MD. "Relacion entre tabaquismo y hemoglobina de la embarazada "American Journal of obstetrics and Gynecology. Bergen Norway. march 15 1984 pp 1084 - 1088.
- 23.- Mortimer G. Rosen & cols. "The relationship of placental grade , fetal lung maturity and neonatal outcome in normal and complicated pregnancies" American Journal of obstetrics & gynecology. Jan 1 1984 N° 1 vol 148 pp 888 - 895.
- 24.- S. Keneth & cols. "Prolongued pregnancy observation concerning the causes of fetal distress" American Journal of obstetrics & gynecology. Nov 1 1984 vol 150 N° 5 pp 465-471.
- 25.- Hunter R. " Echocardiographic profile of infants of diabetic mothers. Excerpta medica. Pediatrics & pediatric surgery sept 7 1984 vol 50 Issue N° 9 pp. 2356.

- 26.- Symmonds E. M. & cols. " The fetal renin angiotensin in pregnancy induced hypertension "British Journal of obstetrics and gynaecology. vol 91 nº 1 En 1984 pp 3-6.
- 27.- Moore M.D. "Case control study of severe pre-eclampsia of early onset" Excerpta medica. Pediatrics & Pediatric surgery. 1984 vol 50 abst 2045.
- 28.- Webster David " Evaluacion fetal antepartum usando una tabla de perfil biofisico " American Journal of obstetrics & Gynecology march 1984 vol 148 Nº 5 pp 473-478
- 29.- Henson G. "Characterization of the reduced heart rate variation on growth retarded fetuses" American Journal of obstetrics & gynecology. vol 91 Nº 3 august 1984 pp 751-755.
- 30.- Langer Ana y Arroyo P. " El problema de la causalidad en el análisis de la mortalidad perinatal" Boletín médico del Hospital Infantil de México . vol 41 oct 1984 Nº 10. pp 528-535.
- 31.- Mier y Terán Martha, Habeli Cecilia. " La mortalidad intrauterina en México" Cuadernos de investigación social. Nº 7 Instituto de Investigaciones Sociales UNAM. 1982.
- 32.- Macedo de Guerra Carlyle "Medida del Futuro" Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Vol. 56 Nº 1 Marzo de 1984 pag. 232.
- 33.- Mark A. Bolacy "Una madre ausente" Boletín de la Oficina Panamericana de Salud. Vol. 56 Nº 1 Marzo de 1984 pag. 233.

- 34.- Comunicado. " Salud para todos en el año 2000 " Boletín de la Oficina Panamericana de Salud " Vol. 97 Nº 4 Oct. 1984 pag. 1.
- 35.- Schwarzky Ricardo y Cola. " Historia Clínica Perinatal Simplificada" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 95 Nº 2 ag 1983 pags. 163 - 172.
- 36.- Muagrove Philip. " Indicadores de bienestar y salud. Selección y empleo de indicadores socioeconómicos para monitoría y evaluación" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 96 Nº 5 mayo 1984 pags. 439-455.
- 37.- Aburto César. "La medicina, la salud pública y la estadística" Elementos de bioestadística. Para estudiantes de ciencias de la salud. Fondo Educativo Interamericano S.A. 1979. Pags. 15 a 19.