

11226
2e1
283
A



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Jefatura de Enseñanza e Investigacion

Universidad Nacional Autonoma de Mexico

CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

T E S I S :

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DR. ENRIQUE TAPIA GUTIERREZ (❖)

HOSPITAL GENERAL DE ZONA III, CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

(❖) Medico Residente de Medicina Familiar de Segundo Año

*Tijuana, Baja California Norte
Enero de 1984.*

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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 :

INTRODUCCION.

OBJETIVOS.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

HIPOTESIS.

MATERIAL Y METODOS.

METODOLOGIA.

VARIABLES.

VARIABLES DE EXCLUSION.

REPRESENTACION GRAFICA.

RESUMEN.

CONCLUSIONES.

DIFUSION.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N :

El Control prenatal se ha llevado a cabo desde hace mucho tiempo, antes de que se institucionalizara el Sector Salud (o mejor dicho, de la creación de las Instituciones de -- atención médica), esto era de una manera no muy adecuada por el médico que atendía a la paciente embarazada, como por ésta, al desconocer los riesgos y la importancia del control prenatal.

Desde que se empezó a realizar, de una manera por -- decirlo rutinaria, por parte del médico general y posterior-- mente por el médico familiar, se ha visto la importancia y los beneficios que para el binomio represente el adecuado control prenatal, detectando anomalías o complicaciones del embarazo de una manera oportuna y eficaz y por consiguiente su adecuado manejo, ya sea por el mismo médico familiar o bien por el ginecobstetra cuando son enviadas por el primero.

En los últimos años, se ha visto incrementada la población derechohabiente en el Instituto, y por consiguiente -- las mujeres en edad fértil y embarazos.

Estas pacientes reciben atención médica prenatal por el médico familiar, desde la comprobación del embarazo por los diferentes métodos y medios de que se dispone.

Tenemos también un protocolo de estudio, para el control prenatal, que por diferentes motivos no se lleva a cabo.

Por esto se realiza este estudio con el fin de de--
tectar anomalías que nos orienten a determinar la falla en el
control prenatal en el primer nivel de atención.

O B J E T I V O S :

El objetivo fundamental del proyecto es detectar desviaciones en el control prenatal tanto por el médico familiar como por la paciente embarazada.

¿Cuál es la desviación por parte del médico familiar para que el control prenatal no se lleve a cabo en forma adecuada?.

El primer punto que tomaremos en cuenta por parte -- del médico familiar, es el gran número de consultas que otorga diariamente, esto impide que se interrogue y explore de una manera eficaz a la paciente que solicita la consulta, ya que escasamente el médico cuenta con diez minutos para cada paciente.

Otro punto sería, que el médico únicamente se limite a interrogar de una manera vaga sobre la evolución del embarazo a la paciente, y que con lo que obtenga del interrogatorio, dé como suficiente la consulta en el control, y ya sea que solicite o no estudios de laboratorio o bien únicamente dé una cita para la siguiente consulta.

Por parte de la paciente, encontramos muchos factores; entre ellos tenemos: El grado de conocimiento de su embarazo, la escolaridad de la paciente, la religión, grado de independencia materna y de sus parientes políticos (suegra, cuñadas, etc.), el número de hijos del matrimonio, la distancia que existe desde su domicilio hasta la Clínica de adscripción,

los medios económicos y materiales con que cuenta para su traslado a la Clínica de adscripción.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos de la existencia de datos generales respecto a la atención prenatal, en la literatura mundial y nacional, de la forma en que se llevaba a cabo la atención prenatal antes de responsabilizar al medico familiar para dicho control.

Anteriormente el medico familiar en cuanto detectaba un embarazo independientemente de que fuera de alto riesgo y no lo canalizaba de inmediato con el ginecobstetra para que esté se responsabilizara del manejo y control de la embarazada. Posteriormente se modifico el manejo de la paciente, responsabilizando al medico familiar del control prenatal de la embarazada hasta el último mes de embarazo, en que era enviada al segundo nivel de atención para su valoración por el ginecologo y esté decide finalmente el manejo para cada paciente, es decir individualiza cada caso en especial. Finalmente, se canaliza unicamente a aquellas pacientes a las cuales el medico familiar detecta alguna anomalía en el curso de la gestación.

Para realizar dicha investigación, se realizó un estudio prospectivo en pacientes con embarazo de término (500) basados en el indice de natalidad del año 1982, de partos atendidos en el Hospital General de Zona III. Clinica 20, de Tijuana, B. Cfa., Nte. que fue de 5439 más 65 mortinatos, dando un total de 5504.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es frecuente en el servicio de tococirugía, en nuestro hospital, que al ingresar la paciente en trabajo de parto acuda sin expediente clínico, o bien con éste pero incompleto, faltante de hoja frontal, de medicina preventiva, de historia clínica, evolución y control de su embarazo y estudios de laboratorio y rayos X, etc., por lo que se deduce el mal control prenatal otorgado a dichas pacientes.

Por otra parte atribuye también el mal control a la paciente por negligencia, ignorancia, de su embarazo, así como la deserción de la consulta.

H I P O T E S I S:

Existen desviaciones en el control prenatal, en el primer nivel de atención.

Existen factores por parte de la paciente que interfieren de manera importante en el adecuado control prenatal.

MATERIAL Y METODOS.

- Recursos humanos.
- Médico Cirujano Residente de 2do. año de la Especialidad de Medicina Familiar.
- Un Asesor de tesis.
- Un Asesor de revisión de tesis.
- Una Secretaria.
- 500 puerperas.
- Expediente Clínico.
- Papel.
- Pluma.
- Borrador.
- Máquina de escribir.
- Equipo de geometría.
- Fotocopiadora.
- Cuestionario.
- Biblioteca.
- Unidad hospitalaria.
- Imprenta.
- Dinero.

M E T O D O L O G I A :

El presente estudio, es un estudio prospectivo, aleatorio simple y sin control.

Se realizo a un grupo de 500 mujeres puerperio inmediato, correspondientes al 10% de los partos atendidos en el Hospital General de Zona III, Clínica 20 de Tijuana, B., Cfa. Nte., en 1982.

Se elaboró un cuestionario abierto, dirigido especialmente a la atención prenatal, consistente en 17 preguntas:

- 1.- Total de miembros de la familia.
- 2.- Medios de transporte.
- 3.- Tienen o no automovil propio.
- 4.- Usan el transporte urbano para su traslado a su clinica de adscripción.
- 5.- Cuántos autobuses o taxis deben tomar para llegar a su clínica de adscripción.
- 6.- Cuántos autobuses o taxis deben de tomar para llegar al Hospital General de Zona III para la atención de su parto.
- 7.- Ingresos económicos.
- 8.- Grado de escolaridad.
- 9.- Grado de conocimiento de su estado (que sabe de su embarazo).
- 10.- Qué aceptación tiene de los servicios que solicita.
- II.- Son suficientes.
- 12.- Está conforme con la atención que recibe.

- I3.- Grado de responsabilidad de su estado.
- I4.- Sigue al pie de la letra las indicaciones de su medico familiar.
- I5.- Cuánta influencia hay por parte de su mamá, su esposo, y parientes políticos, y relación sobre su embarazo.
- I6.- Cómo influyen en su personalidad.
- I7.- Cómo influyen en el control de su embarazo.

El cuestionario se llevo a cabo en el Hospital, en el servicio de ginecobstetricia, a las 500 muerneras.

Se realizaron encuestas en forma directa y personal. Una vez obtenido las respuestas se procedió a la tabulación, cuantificandose por paloteo, para posteriormente convertirse en números y porcentajes y por último agruparlas en gráficas que traducen el resultado del estudio realizado.

V A R I A B L E S :

A).- Total de miembros de la familia:- Como promedio hubo 4 hijos (6 miembros de la familia).

B).- Medio de transporte:- 60% tienen vehículo propio (300), 40% (200) usan el servicio urbano.

C).- Bajos ingresos económicos:- 60% perciben salario mínimo, con 4 o más hijos.

D).- Grado de conocimiento de su estado (embarazo) - 10% (50), desconocen su estado, las complicaciones (primigestas analfabetas). 70% (350) conocimiento mínimo a moderado de su estado (pacientes con dos o tres hijos, dedicadas a las labores de su hogar (rol de esposa madre). 20% (100), gran conocimiento y responsabilidad de su embarazo, (pacientes secundigestas, con un grado de escolaridad medio y superior (rol de esposa compañera).

E).- Grado de instrucción: 40 (8%) analfabetas.
140 (28%) primaria/ primaria incompleta.
225 (45%) Secundaria y/o carreras cortas.
85 (17%)Preparatoria.
10 (2%) Profesionistas.

F).- Grado de aceptación de los servicios que solicita:

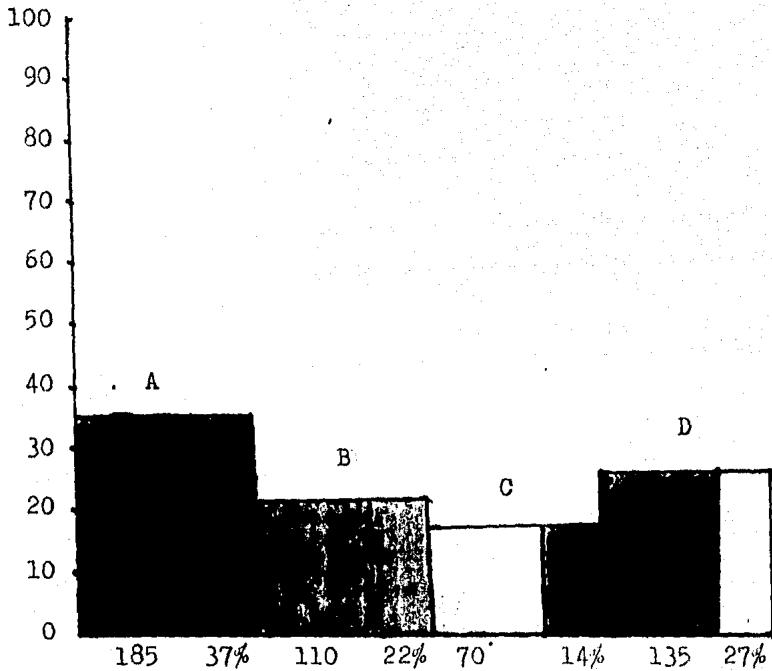
20% son pacientes que ingresan al Instituto, por -
seguro voluntario y/o por no poder solventar los gastos que
le ocasionaria atenderse en forma privada, como lo hacían -
anteriormente.

70% derechohabientes del régimen ordinario.

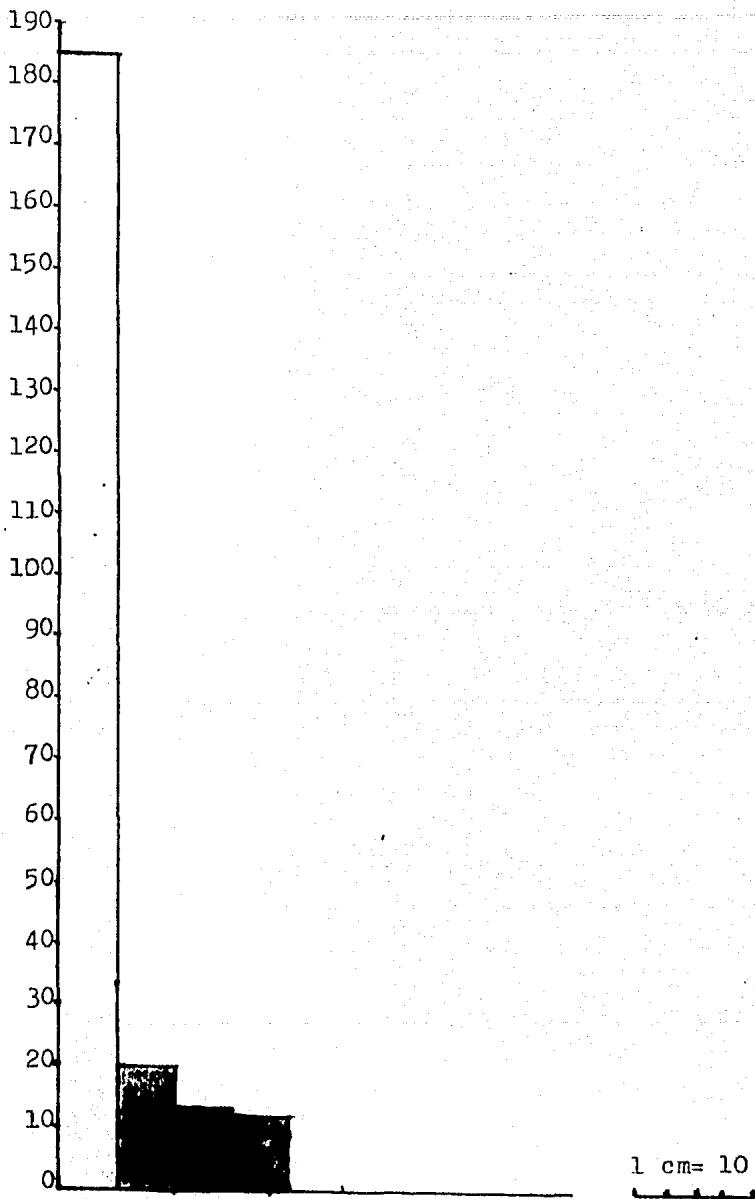
10% Seguro facultativo.

VARIABLES DE EXCLUSIÓN:

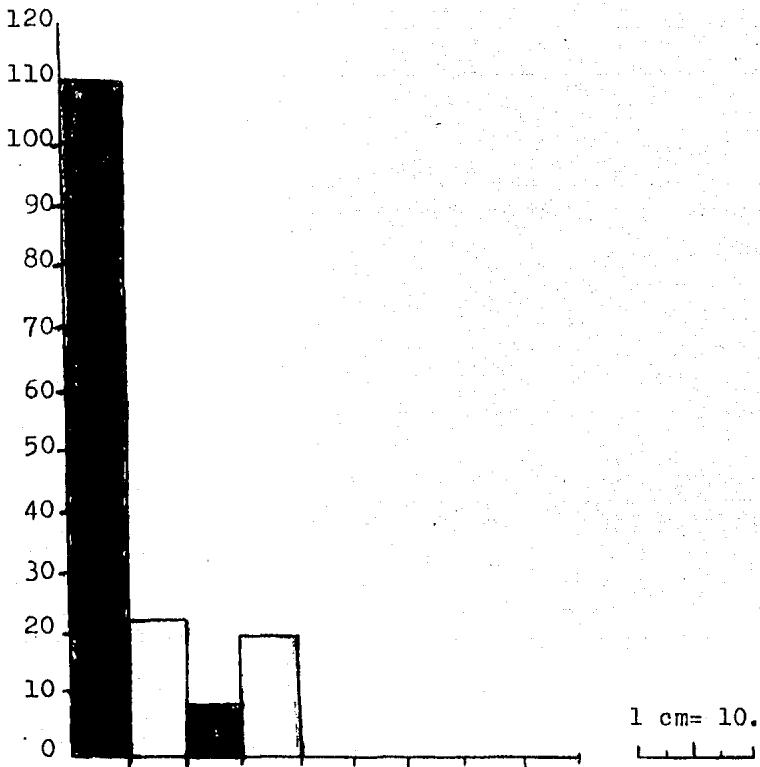
No se tomarón en cuenta a las pacientes que ingresa
rón al Hospital con amenaza de aborto, aborto en evolución ó
abortos incompletos.



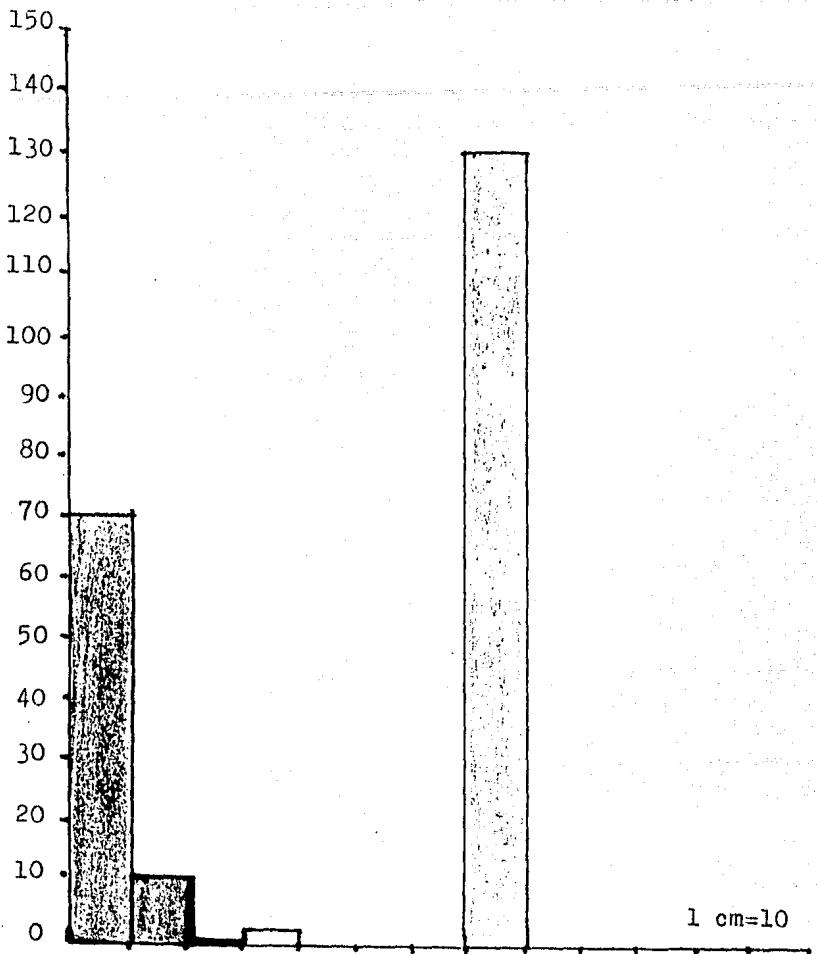
Grafica que muestra número y porcentaje de pacientes embarazadas atendidas en el 1er. trimestre Fig. A; 2do. trimestre Fig. B; 3er. trimestre Fig. C; de embarazo, así como las que no acudieron al control prenatal Fig. D.-



185 pacientes visitas en el 1er. trimestre del embarazo. A 20 (4%) se le solicitaron estudios de laboratorio de rutina, Bh, E.G.O., Q.S., V.D.R.L.. A 13 (2.6%) se les practicó E. Física completa con toma de S.vitales, peso, tensión arterial. 12 (2.4%) tuvieron control prenatal hasta la atención de su parto.

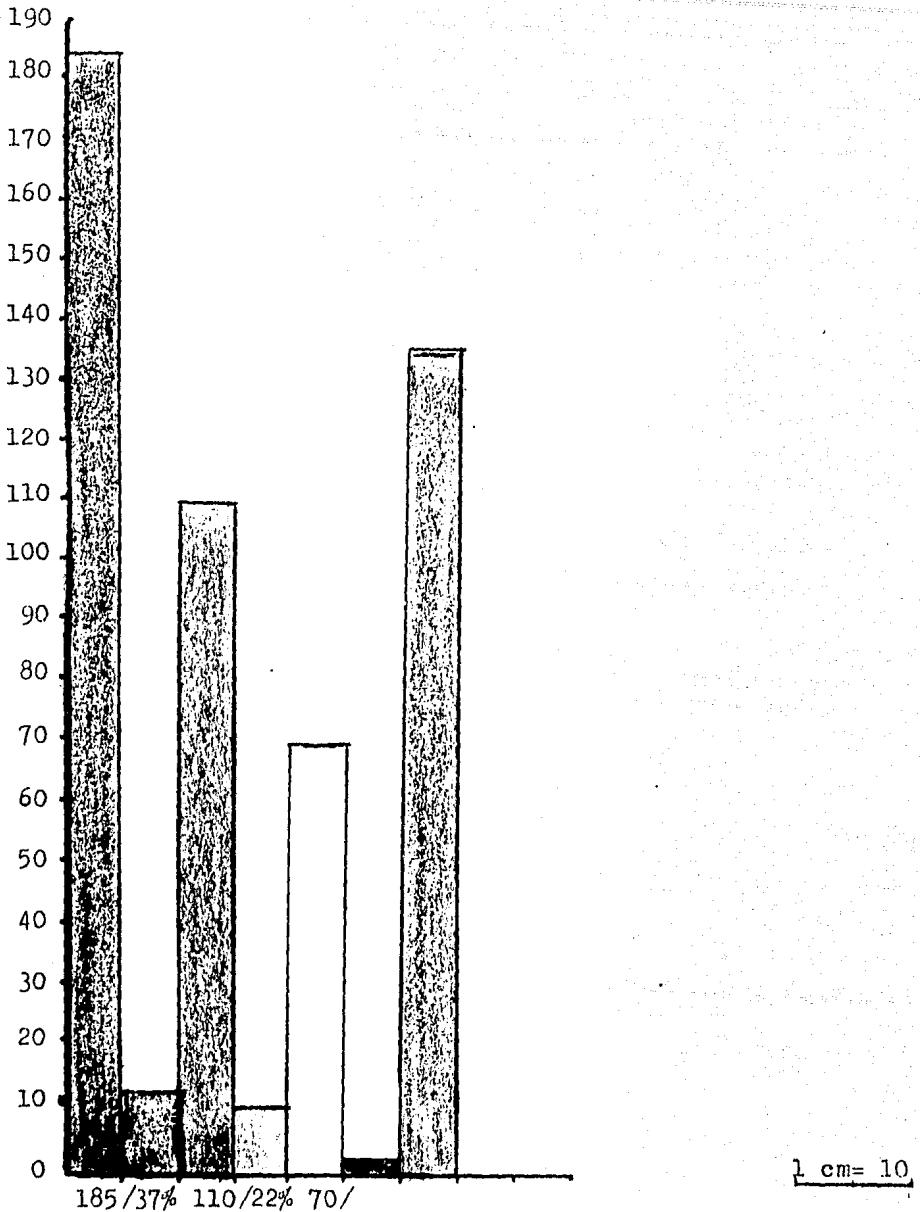


De las 110 (22%) pacientes visitas en el 2do. trimestre de su embarazo; 22 (4.4%), se les solicitaron estudios de laboratorio. A 4 (.8%), se le practicó E.F. y toma de sus signos vitales. Y 9 (1.8%) tuvieron control completo hasta la atención de su parto.

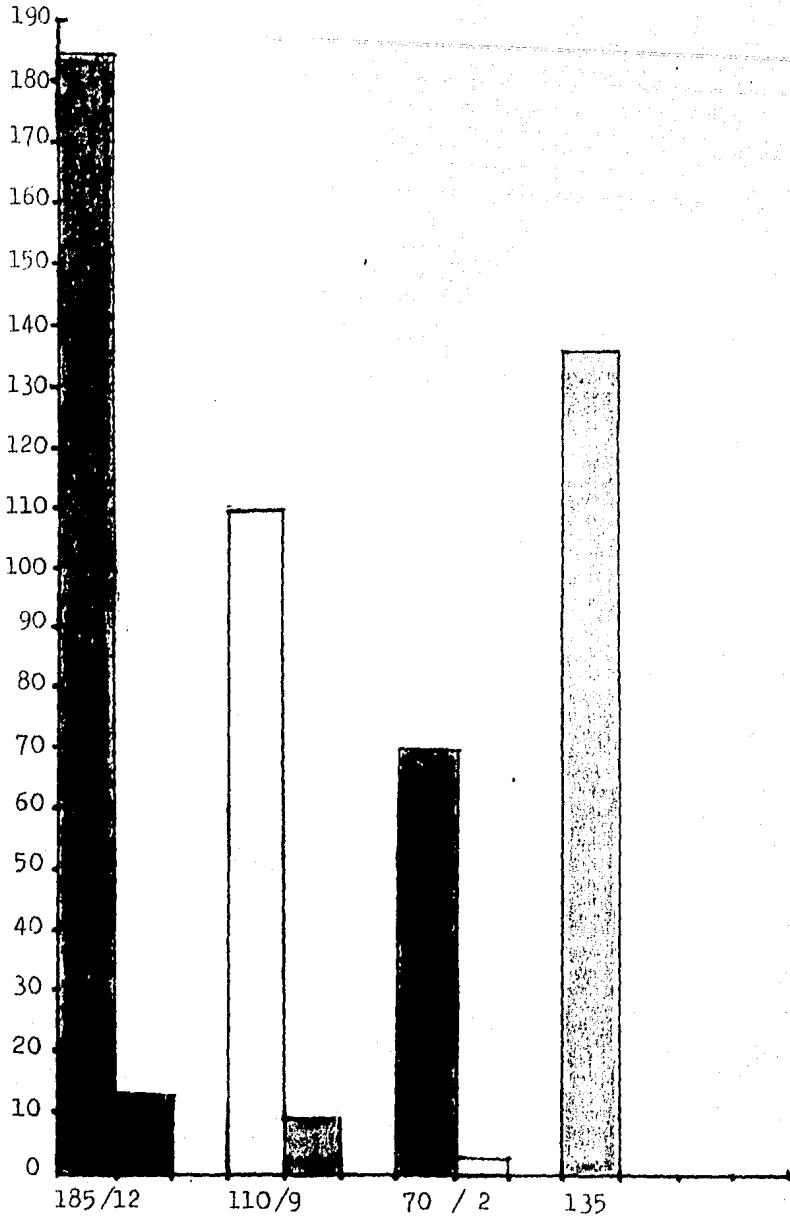


De las 70 (14%) pacientes visitas en tercer trimestre del embarazo, 5 (1%) se les solicitó estudios de laboratorio, 1 (.2%) tuvo exploración física y toma de signos vitales, 2 (.4%) tuvieron control hasta la atención de su parto.

Columna azul; 135 (27%) no acudieron a consulta para control prenatal.



Grafica que muestra el número y porcentajes de pa--
 cientes que acudieron a control prenatal, en el 1er. trimes--
 tre primeras dos columnas, 2do. trimestre, columnas 3 y 4; -
 3er. trimestre columnas 5 y 6, las pacientes que no acudieron
 a control prenatal, columna 7.-



Número y porcentaje de nacientes que recibieron control prenatal, desde el 1er. trimestre del embarazo hasta la atención del parto, así como las que no acudieron a control.

En la gráfica anterior se muestra el número y porcentaje de las pacientes atendidas en control prenatal en el 1er. trimestre del embarazo, cols. 1 y 2, 195 (37%), más 12 (2.4%) que tuvieron con roll prenatal hasta la atención de su parto.

En las columnas 3 y 4, se muestra las pacientes atendidas en el 2do. trimestre del embarazo, 110 (22%), más 9 (1.8%) que recibieron control prenatal hasta la atención de su parto.

En las columnas 5 y 6 muestran las pacientes atendidas en el 3er. trimestre del embarazo, 70 (14%), más 2 (.4%), que recibieron control prenatal hasta la atención de su parto.

En la columna 7 muestra las pacientes que no acudieron a control prenatal, 135 (27%).

R E S U M E N :

El presente estudio se realizó con el fin de detectar fallas en el control prenatal tanto por el medico familiar como por la paciente.

Fué llevado a cabo en el Hospital General de Zona - III, Clínica 20 de Tijuana, B., Cfa., Nte., en el servicio -- de Ginecobstetricia, a un grupo de 500 mujeres en puerperio - inmediato, de las que fueron excluidas, todas aquellas pacientes que acudieron al Hospital con amenaza de aborto, abortos en evolución y abortos incompletos.

Se les practicó un cuestionario encaminado al control prenatal por su medico familiar.

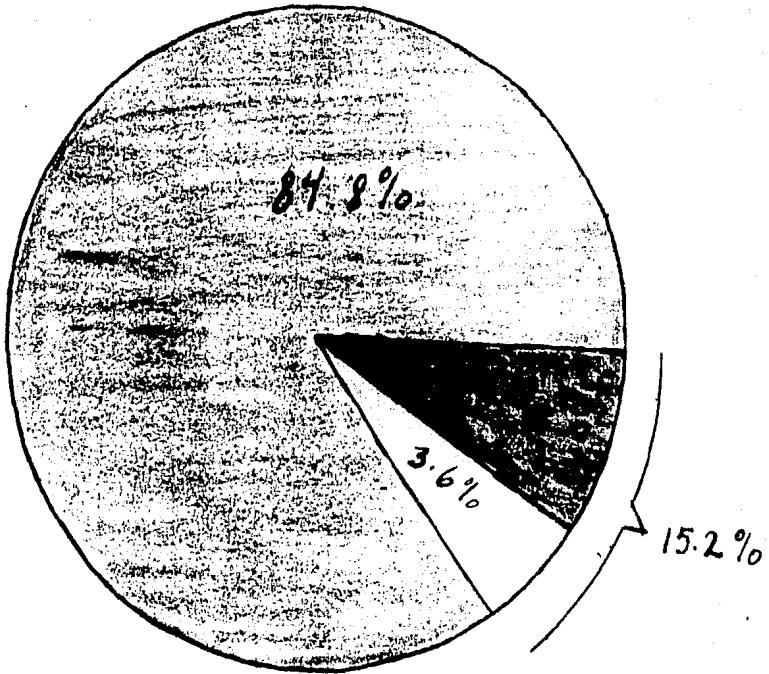
De las 500 mujeres estudiadas, el promedio de hijos por parejas era 4. El 60% tenían vehículo propio el 40% restante utilizaba el servicio urbano. El 60% percibía el salario mínimo.

El 10% desconocen en su totalidad su estado de gravidez. El 70% tenían conocimientos mínimos a moderados de su estado, jugando ambas un roll de esposa madre. El 20% restante, tenían un grado alto de conocimiento de su estado y gran responsabilidad del mismo.

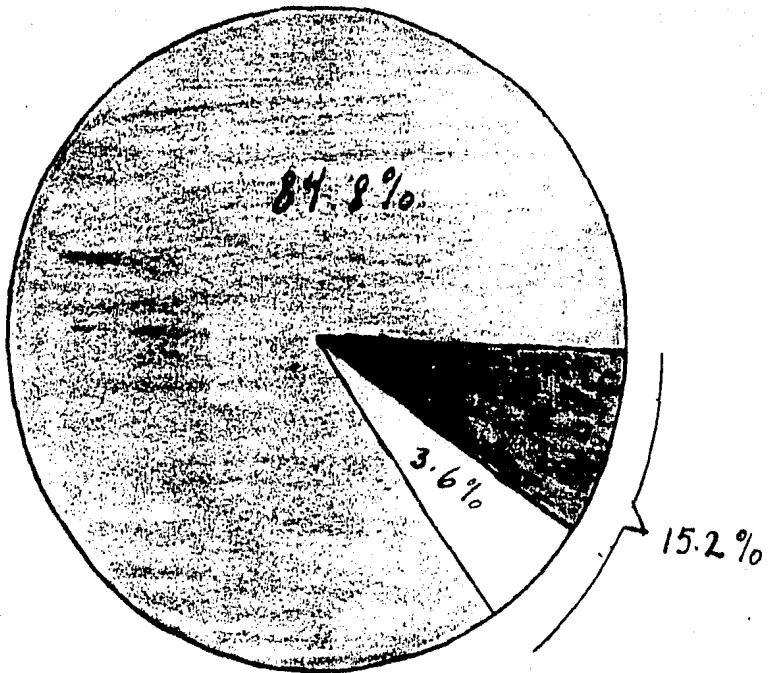
El 8% eran analfabetas, 28% tenían primaria ó primaria incompleta, 45% secundaria y/o carreras cortas el 17% tenían preparatoria, el 2% eran profesionistas.

El 20% aceptaban los servicios del instituto, porque no tenían para pagar en forma privada, lo que anteriormente lo solventaban con más facilidad, son nacientes con seguro voluntario. El 70% derechohabientes del régimen ordinario, 10% seguro facultativo.

El 37% iniciaron su control prenatal en el primer trimestre, solo el 2.4% llevó control prenatal hasta la atención de su parto. En el segundo trimestre, el 22% iniciaron su control, terminando solamente el 1.8%. En el tercer trimestre el 14% inició su control y el 0.4% término su control. El 27% no acudio a control prenatal.



De las 500 puerperas estudiadas 424 (84.8%) fueron puerperios fisiológicos. 76 (15.2%) fueron cesareas, de las cuales el 11.6% fueron cesareas de urgencia y el 3.6% fueron cesareas programadas.



De las 500 puerperas estudiadas 424 (84.8%) fueron puerperios fisiológicos. 76 (15.2%) fueron cesareas, de las cuales el 11.6% fueron cesareas de urgencia y el 3.6% fueron cesareas programadas.

C O N C L U S I O N E S .

El presente estudio se realizó para describir las anomalías o desviaciones que se presentan para que el control prenatal no se lleve a cabo, tanto por el médico familiar como por la paciente embarazada.

Se estudiaron 500 pacientes en puerperio inmediato, en el Hospital General de Zona III de Tijuana, Baja California, Norte de las cuales 365 iniciaron control prenatal, 277 desertaron del control, 43 recibieron control prenatal y solo 23 llevaron control hasta el término de su embarazo y atención de su parto.

Esto nos hace ver que la atención prenatal en el primer nivel es muy deficiente, tanto por lo que respecta al médico familiar como por la paciente. Encontrando una gran deserción de pacientes embarazadas en control, que representa 55.4% de la muestra.

Entre las desviaciones que encontramos por parte del médico familiar, tenemos que la principal es la negligencia por parte del mismo, en volver a citar a su paciente a la siguiente consulta, como lo marca el protocolo de atención prenatal en el primer nivel (la poca información por parte del médico y la mala relación médico-paciente, es lo que impide una buena relación entre ambas partes).

Por parte de la paciente, el factor mas importante fue-- el número de hijos (4) como promedio por pareja y la dificultad -- para dejarlos con algún familiar u otra persona que los cuide. --

Otras dificultades son la falta de vehículo propio por - consiguiente el uso de transporte urbano. El tener que dejar el do- micilio 2 horas antes para poder acudir a hacer cila en el horario matutino que se inicia a las 7:30 horas y otro factor quizá más -- importante la negligencia por parte de la paciente así como el de- conocimiento de su estado de gravidez.

Para poder disminuir la cifra tan elevada en el grado de desercion de el control prenatal, es la mejor capacitación del médi- co familiar para que este otorgue una buena calidad y mejore la relación médico-paciente, concientizando a este del adecuado -- control prenatal seguido de una atención satisfactoria del parto - con un pronóstico favorable para el binomio.

Habiendo una buena relación médico-paciente el médico -- concientizará a su paciente de la importancia del control de su -- embarazo y los riesgos que corre tanto ella como el producto de no llevar un adecuado control, por lo que insistirá en la necesidad - de seguir al pie de la letra las instrucciones de su médico así -- mismo el exigir a este cuando se detecte alguna desviación.

D I F U S I O N :

ESTE ESTUDIO SE REALIZO PARA LA TESIS
DE RECEPCION Y CON ELLO OBTENER EL TITULO -
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

B I B L I O G R A F I A :

MEDICINA FAMILIAR: CONN RAKEL
JOHNSON; CAP. 35
PAG. 625-635 (1974)

**JEFATURA DE GINE-
COBSTETRICIA:** INDICE DE NATALIDAD
EN 1982 EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA III
CLINICA 20 TIJUANA,
BAJA CALIFORNIA NORTE.

FUENTE: EXPEDIENTES DEL SERVICIO
DE GINECOBSTETRICIA
(OCTUBRE, NOVIEMBRE Y
DICIEMBRE DE 1983)