



11226  
2 ej 2

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**División de Estudios de Postgrado**

---

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona No. 29 Aragón**

**LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACION  
CON LA ASISTENCIA A LA CONSULTA PRENATAL**

**T E S I S**

**Para obtener el Título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**p r e s e n t a**

**DR. MIGUEL ANGEL ALANIS CERECEDO**



---

**México, D. F.**

**Enero 1988**

**FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
HIPOTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	17
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	18
DETERMINACION DE LAS VARIABLES.....	20
MATERIAL Y METODOS.....	24
CUESTIONARIO.....	25
ANALISIS ESTADISTICO.....	28
TABLAS Y GRAFICAS.....	30
RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	47

## INTRODUCCION

La atención médica prenatal se considera hoy en día como uno de los componentes más importantes de la práctica obstétrica y su objetivo principal es asegurar en lo que más sea posible que el embarazo culmine en una madre y un hijo sanos.

El reconocimiento de la importancia de la asistencia prenatal a toda paciente embarazada fue ganando terreno muy lentamente, ya que todavía por los años treinta era relativamente escaso el número de mujeres que acudían regularmente al médico para evaluar la evolución de su embarazo.

Antes del auge de la obstetricia actual, la mujer embarazada solía tan sólo tener una entrevista con el médico durante el curso del embarazo. En esta consulta el médico se limitaba a menudo a calcular la fecha prevista para su hospitalización, cuando era visitada nuevamente, podía haber sufrido los dolores y angustias de una convulsión eclámpsica o tratado inútilmente de vencer la resistencia de una pelvis estrecha. Ante la prevención de estas calamidades la asistencia médica durante el embarazo tiene un valor incalculable.

## JUSTIFICACION

A pesar de los grandes avances que ha tenido la medicina en la últimas décadas y del enfoque preventivo que se le ha dado, son muchas las mujeres que actualmente no reciben atención médica durante el embarazo ni mucho menos durante el parto.

Como resultado de un cuidadoso examen periódico a las pacientes a lo largo de su embarazo, las complicaciones pueden ser detectadas y tratadas en sus fases iniciales antes de que las dificultades aumenten y que aparezcan consecuencias irreversibles. Los cuidados prenatales no solamente potencian la salud y el bienestar de la madre, sino que también disminuyen los índices de morbilidad perinatal.

Los efectos beneficiosos de un programa de atención médica prenatal bien planificado y conducido están avalados por la gran disminución de complicaciones en las poblaciones que cuentan con este tipo de programas preventivos, en contraste con los problemas que aparecen con las otras poblaciones en las cuales los cuidados prenatales, no se llevan a cabo o no están bien planificados.

El presente estudio se pretende justificar en base a la necesidad de concientizar a los médicos y esta a su vez a sus pacientes de la importancia que tiene el que ésta se proporcione eficaz y regularmente.

## MARCO TEORICO.

### Antecedentes Históricos:

Cada día cobra mas importancia en la práctica obstétrica, la vigilancia de la mujer durante el embarazo, según se conoce en la actualidad, éste es un progreso relativamente reciente. En el año de 1901 Ballantyne subrayó la importancia de un adecuado control prenatal con el fin de detectar alteraciones en sus fases iniciales para tratarlas oportunamente, evitando así que la gestación abandone los límites fisiológicos, con ello obtener madres y productos mas sanos.

El cuidado prenatal puede decirse que se originó en Boston durante la primera década de este siglo. Antes de esto, la paciente que creía estar embarazada visitaba al médico para que le confirmara el diagnóstico, pero no lo veía en otra ocasión hasta que el parto era inminente. Las enfermeras del Instituto Nursing Association en Boston, pensando en que podrían contribuir con la salud de las mujeres embarazadas comenzaron a hacer visitas a todas las mujeres registradas en el Boston Lying-in Hospital para tener un futuro parto. Estas visitas tuvieron tanto éxito que el principio en que se basaban gradualmente fue siendo aceptado por los médicos de dicho hospital, y nuestro sistema actual de atención médica prenatal, en el que se destaca el aspecto preventivo (1).

El embarazo es un fenómeno funcional normal que solo se complica en ocasiones con trastornos peligrosos para la salud

de la madre y el producto. El médico que lleva a cabo el cuidado de las pacientes embarazadas debe familiarizarse con los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante este período, de manera que pueda detectar fácilmente las alteraciones que se presenten y reducir al mínimo sus efectos. El propósito fundamental de estos cuidados es para asegurar que durante la evolución del embarazo no existan complicaciones para la madre, que al final se obtenga un lactante vivo y saludable. Para lograr esto es muy importante que el médico identifique los factores de riesgo en las pacientes que tiene a su cargo y que la consulta prenatal se otorgue regularmente (4,6).

#### LA CONSULTA INICIAL

Una de las etapas más importantes en el desarrollo de un ser intrauterino corresponde al primer trimestre, ya que en esta fase el producto se encuentra en formación y son muchos los factores ambientales que pueden afectarlo. Por tal motivo es muy importante que las pacientes acudan con su médico en cuanto sospechen la posibilidad de una gestación, con el fin de establecer el diagnóstico de embarazo en forma oportuna e iniciar de inmediato su control durante toda su evolución. Desde la primer consulta se deberá efectuar una historia clínica completa con fines pronósticos y diagnósticos en la evolución del embarazo, que contenga los siguientes capítulos:

I.- Antecedentes Heredo Familiar: Talis como Diabetes

mellitus, Hipertensión arterial, Cardiopatías, tuberculosis, embarazos múltiples, neoplasias etc.

II.- Antecedentes Personales no Patológicos: Se tomarán en cuenta los padecimientos agudos o crónicos que estén vigentes en el momento del embarazo o bien que hayan dejado secuelas que puedan interferir con su evolución como son: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, nefropatías y enfermedades de la colágena, así como infecciones sistémicas virales o bacterianas, entre otras.

III.- Antecedentes Gineco-obstétricos: Se deberá investigar la fecha de última menstruación, menarca, tipo de ciclo menstrual, inicio de relaciones sexuales; así como acerca de las características de los embarazos, partos, cesareas y abortos previos; la evolución de los embarazos, partos y puerperios, el peso y las características del nacimiento de los productos, el tiempo de lactancia y el uso de métodos anticonceptivos.

Durante la primera visita es muy importante determinar la FPP, si la paciente tiene el antecedente de tener ciclos menstruales regulares, ésta se puede calcular mediante la regla de Naegle que consiste en aumentar siete días y restarle 3 meses a la fecha de última menstruación. La fecha de un coito aislado no puede ayudar a determinar la FPP en forma más precisa. En algunos casos la FUM consiste solo en un pequeño sangrado que simplemente pudo ser debido a la implantación y no debe tomarse en cuenta para el cálculo de la FPP (2).



## ESTADO ACTUAL

La entrevista debe comenzar con una exposición completa de los síntomas actuales de la paciente, así como que le hizo pensar que pudiera estar embarazada, siendo casi siempre la ausencia de un periodo menstrual. Durante el primer trimestre es frecuente que las pacientes refieran síntomas neurovegetativos propios de esta etapa como son náuseas, salivación excesiva, pirosis, estreñimiento etc. En el segundo trimestre, debemos interrogar a la paciente sobre la presencia de movimientos fetales y de contracciones de Braxton Hicks. Durante el último trimestre la sintomatología es muchas veces mas florida ya que la paciente frecuentemente se queja de molestias de tipo mecánico como son dolores dorsolumbares, de miembros pélvicos, distensión abdominal, várices y hemorroides.

## EXPLORACION FISICA

La primera consulta debe incluir una exploración física general, detallada y encaminada hacia los datos obtenidos en el interrogatorio, pero en todos los casos deberá efectuarse la siguiente exploración en forma sistemática:

En primer lugar se examinaran las conjuntivas en busca de signos de anemia. Durante el embarazo las encías son mas susceptibles por lo cual los dientes deberán ser decididamente examinados, se debe recomendar a la paciente que visite por lo menos en una ocasión al dentista, de preferencia al inicio del

embarazo. Posteriormente se efectuará la exploración cardiopulmonar, prestando especial atención a los soplos y trastornos del ritmo patológicos. A continuación se procederá a la exploración de las mamas en especial a la longitud y morfología de los pezones, así como a la simetría y presencia de tumores.

El Abdomen es de particular interés, sobre todo el de medir la altura del fondo uterino y relacionarla con la fecha de amenorrea, la presentación del producto y la frecuencia cardíaca fetal. El tacto vaginal debe ser cuidadoso, la exploración vaginal armada para visualizar el cervix uterino, aprovechando este momento para obtener una muestra para estudio citológico del exudado cérvico vaginal. Se explorarán las extremidades en busca de edemas. De acuerdo a los datos obtenidos durante el interrogatorio se efectuarán estudios exploratorios especiales (1,4,6).

#### EXAMENES DE LABORATORIO

Durante la primera consulta el médico deberá solicitar los exámenes prenatales necesarios, siendo los mas importantes:

1.- Prueba Serológica para la Sífilis: Ésta debe hacerse en la fase temprana del embarazo y en caso de ser positiva prevenir la sífilis congénita.

2.- **Biometría Hemática:** Debe incluir determinaciones de hemoglobina y de hematocrito, se debe efectuar por lo menos en una ocasión. En caso de que existan reportes anormales se requerirá de una mayor evaluación.

3.- **Glucosa:** Se debe efectuar a toda paciente embarazada en especial a las pacientes diabéticas o en aquellas con antecedentes familiares de diabetes mellitus o de productos macrosdímicos.

4.- **Grupo Sanguíneo y Factor Rh:** Se debe efectuar a toda paciente, con el fin de prevenir los casos de incompatibilidad entre la madre y el producto.

6.- **Examen General de Orina:** Es obligatorio este examen en forma sistemática para descubrir enfermedad de las vías urinarias, alteraciones renales o metabólicas (2,6).

#### CONSULTAS SUBSIGUIENTES

En toda paciente con embarazo clínicamente normal, las consultas prenatales subsiguientes se deberán otorgar mensualmente hasta las 32 semanas, cada 15 días hasta la semana 36 y cada 7 a diez días hasta el momento del parto, se incrementará su frecuencia en caso de que exista patología agregada. Los datos evolutivos que deben ser valorados en todas y cada una de las consultas subsiguientes son:

1.- Aumento de Peso: Este debe ser en total de 7 a 11 kgr en relación al peso previo al embarazo, siempre y cuando éste se encuentre dentro del rango de normalidad. Durante el primer trimestre el aumento de peso no debe ser mayor de 300 grs por mes, durante el segundo trimestre no mayor de 1 kgr por mes, y durante el último trimestre no debe exceder de 2 kgr por mes.

2.- Presión Arterial: En condiciones normales no existe variación importante entre las cifras de presión arterial durante el embarazo. Sin embargo, este parámetro es uno de los que con mayor frecuencia toma caracteres patológicos, pero la importancia que reviste es básica para su control en cada una de las consultas. Durante la gestación se considera anormal un aumento de max de 15 mmHg en la presión diastólica y de 30 mmHg en las cifras sistólicas; de tal forma que las cifras tensionales nunca sean mayores de 140 mmHg en la sistólica y de 90 mmHg en la diastólica. Los niveles citados deben ser observados por lo menos en dos ocasiones y con un intervalo mayor de seis horas.

3.- Fondo uterino: Este es un dato importante, ya que nos valora un buen progreso del embarazo y siempre debe guardar relación con la edad gestacional por amenorrea, lo cual nos habla de un buen desarrollo fetal. Un aumento menor en el esperado puede significar un deficiente desarrollo fetal, muerte del producto o error en el cálculo de la edad gestacional. Un aumento del volumen uterino mayor al esperado sugiere la posibilidad de un embarazo múltiple, patología del trofoblasto o

de embarazo de mayor edad gestacional que lo supuesto por amenorrea.

4.- Datos del Producto: Siempre se debe determinar la situación, presentación y la localización del dorso del producto, se debe valorar consulta a consulta la frecuencia cardiaca fetal, la presencia de movimiento fetales.

5.- Manifestaciones Clínicas: Debe interrogarse continuamente a la paciente sobre la existencia de sintomatología de cualquier tipo, en especial sobre la presencia de sangrados transvaginales, actividad uterina, síntomas vasculoespasmódicos; así como la presencia de edemas, salida de líquido amniótico y percepción de los movimientos fetales.

6.- Preparación para el Parto: A medida que transcurren las consultas prenatales y se acerca la FPP, debe alentarse a la paciente para que exprese sus preocupaciones, a su vez se le oriente y prepare para el inicio del trabajo de parto. Se debe explicar brevemente cómo se inicia el trabajo de parto, en qué consiste cada una de sus etapas, y cuando deberá acudir al hospital para su atención obstétrica, para que de esta manera reduzca sus temores y esté preparada en todo momento para colaborar con el médico hasta el alumbramiento (2,4).

## INDICACIONES GENERALES DURANTE EL EMBARAZO

### 1.- Alimentación:

Es muy importante durante el control médico prenatal dar orientación a la madre sobre su alimentación, ya que la deficiencia en el aporte de nutrientes, especialmente en proteínas ocasiona desnutrición materna con su consecuente afección al feto. En ocasiones se encuentran vacíos en su alimentación, ya que no ingieren alimentos que contienen proteínas y los substituyen por otros de menor valor nutricional, lo cual repercute seriamente en el desarrollo del embarazo y la lactancia.

La cantidad de calorías que debe tener el régimen dietético de la mujer embarazada es alrededor de 2,500 cal. Éstas pueden ser reducidas al principio del embarazo y aumentadas durante los últimos meses del embarazo, ya que es en este período cuando el producto adquiere su mayor desarrollo.

Estas calorías deben repartirse de la siguiente manera:

- Proteínas: 1.5 grs por Kgr por día.
- Carbohidratos: de 150 a 250 grs por día.
- Grasas: 100 grs diarios.
- Calcio: De 1 a 1.5 grs diarios.
- Hierro: 20 mgr diarios.
- Vit. A: 5000 U diarias.
- Vit. B1: 440 U diarias.
- Vit. B2: 2 a 3 mcgr diarios.

- Vit. E: 10 a 20 mgr diarios.
- Vit. C: 100 mgr diarios.
- Vit. D: de 400 a 600 U diarias.

## 2.- Higiene:

Es muy importante dar indicaciones sobre la higiene durante el embarazo, sobre todo en paciente con bajos recursos socioeconómicos y culturales con lo cual pueden prevenirse complicaciones sobre todo de origen infeccioso.

## 3.- Reposo:

La paciente embarazada debe guardar reposo por lo menos durante 8 a 10 hrs diarias, se recomienda a las pacientes que duermen sus ocho horas diarias, que reposen después de cada comida del medio día un par de horas.

## 4.- Vestido:

Se debe evitar las prendas demasiado ajustadas a cualquier segmento del cuerpo, sobre todo las fajas y las ligas que impiden la circulación. La ropa convencional holgada a menudo es suficiente hasta el final del embarazo. Rara vez se prescribe cinturón de maternidad, salvo para el alivio de la dorsalgia y en la debilidad abdominal.

## 5.- Ejercicio:

Se recomienda durante el embarazo a las pacientes que caminen diariamente unas 20 minutos, ya que es el mejor ejercicio físico que pueden desempeñar, sobre todo cuando se

realiza al sol / al aire libre. Deben evitarse ejercicios peligrosos, especialmente cuando pueda haber una trepidación excesiva de la pelvis.

#### 6.- Viajes:

Se recomienda a toda mujer embarazada, que evite viajar a lugares muy distantes, en especial a las que han presentado sangrados travaginales o contracciones uterinas.

#### 7.- Relaciones Sexuales:

Es frecuente que la mujer embarazada nos pregunte si debe o no tener relaciones sexuales durante este periodo, siempre ha habido la sospecha de que éstas pueden ocasionar abortos durante el primer trimestre o que al final del embarazo se pueda desencadenar el trabajo del parto. Por tal motivo las relaciones sexuales deben prohibirse si existe alguna complicación del embarazo como: Amenaza de aborto, placenta previa, amenaza de parto prematuro y en presencia de enfermedades sistémicas descompensadas como la hipertensión arterial, cardiopatías, etc.

#### 8.- Cuidados Dentales:

En general el embarazo no contraindica el tratamiento dental requerido y pueden efectuarse los empastes y extracciones necesarias bajo efectos de anestesia local. El problema de que el embarazo predispone a la mujer a las caries dentales no ha sido completamente aclarado. Sin embargo, es recomendable que toda paciente embarazada sea valorada por lo menos en una ocasión, de preferencia al inicio del embarazo por su Odontólogo.



#### 9.- Cuidados de las Mamas:

A menudo se aconseja un cuidado especial de las mamas durante el embarazo como son los masajes suaves y continuos, así como la tracción de los pezones para prevenir la formación de grietas y preparar las glándulas para la lactancia.

#### 10.- Inmunizaciones:

El embarazo no constituye una contrindicación para los métodos de inmunización, salvo para el caso de vacunas con virus vivos por los posible efectos nocivos para el producto. En la actualidad no está bien aclarado si la vacuna antirrubéola tiene efectos nocivos al feto o al recién nacido por lo cual no debe ser aplicada a mujeres embarazadas ni a aquellas que puedan embarazarse durante los 2 meses siguientes. Sin embargo se recomienda a toda embarazada ser vacunada contra la poliomielitis si todavía no son inmunes y la aplicación de toxoide tetánico a las paciente que se encuentran bajo control prenatal.

#### 11.- Tabaquismo:

Las madres fumadoras a menudo dan a luz productos mas pequeños que las no fumadoras, se ha observado tambien un aumento en la morbiomortalidad perinatal de los lactantes con bajo peso al nacer. Antes se recomendaba limitar el consumo de cigarrillos a no mas de 10 diarios, pero en vista de los efectos nocivos para la salud de la madre y el producto, en la actualidad los obstetras recomiendan la supresión total del tabaco durante la gestación.

## 12.- Alcoholismo:

Aunque el alcohol atraviesa la barrera placentaria directamente, no se ha visto que produzca alteraciones patológicas en la madre o el producto. No obstante, un corto número de casos de síndrome de supresión alcohólica ha sido descrito en recién nacidos de madres que consumían cantidades excesivas de alcohol. Actualmente se sigue investigando al respecto, mientras tanto deberá insistirse a las pacientes sobre la conveniencia de evitar el consumo de alcohol durante la gestación (1,2,3).

## PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Sería conveniente que todos los médicos desarrollaran el hábito de investigar la posibilidad de embarazo antes de prescribir medicamentos a las mujeres en edad fértil / sobre todo a aquellas con riesgo de embarazo, ya que cierto número de medicamentos pueden ser nocivos para el embrión en formación. Se ha confirmado teratogenicidad sólo para unos pocos medicamentos, sin embargo aún no se ha demostrado que muchos otros sean inocuos para su uso durante el embarazo. El médico siempre debe tener una buena razón para prescribir medicamentos durante el embarazo, sobre todo en el primer trimestre o, de hecho durante la primera mitad del ciclo menstrual. Es muy importante que siempre que se prescriban medicamentos durante el embarazo se comparen los beneficios que se espera conseguir, contra los riesgos inherentes de su empleo (2,3).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pacientes embarazadas inscritas al H.G.Z. No. 29 del IMSS que acuden en forma irregular a la consulta prenatal tienen una relación de asociación estadística con la presencia de complicaciones durante el embarazo ?

## HIPOTESIS

Las complicaciones durante el embarazo en las pacientes inscritas al H.G.Z. No. 29 del IMSS a la consulta prenatal en forma irregular son más frecuentes que en las pacientes embarazadas que acuden regularmente a sus citas. Por lo tanto un control prenatal inadecuado puede ser la causa del aumento en dichas complicaciones.

## OBJETIVOS

1.- Determinar la relación estadística que existe entre el número de consultas prenatales por paciente y la frecuencia de complicaciones durante el embarazo en las pacientes inscritas al H.G.Z. No. 29 del IMSS que asistieron del 1 al 19 de diciembre de 1987.

2.- Describir las complicaciones más frecuentes durante el embarazo con respecto a la regularidad con la que asisten las pacientes a control prenatal.

3.- Tratar de evaluar desde un punto de vista cuantitativo el tipo de atención médica prenatal que reciben las paciente incluídas en el estudio.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### TIPO DE ESTUDIO:

- a) Transversal.
- b) Retrospectivo.
- c) Descriptivo.
- d) Observacional.

### UNIVERSO DE TRABAJO:

Los paciente con puerperio fisiológico o quirúrgico, que recibieron su atención obstétrica en la UTG del H.G.Z. No. 29 del IMSS del primero al 19 de diciembre de 1987.

### AREA GEOGRAFICA:

El area de hospitalización de pacientes obstétricas, ubicada en el segundo piso del H.G.Z. No. 29.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- Pacientes que cursaron con puerperio fisiológico o quirúrgico.
- 2.- Con embarazo de entre 38 y 42 semanas.
- 3.- Que se atendieron en el H.G.Z. No. 27.
- 4.- Que asistieron a la consulta prenatal por lo menos en una ocasión.
- 5.- Que hayan contado con expediente completo incluyendo la forma MF/7 85.
- 6.- Con calificación de riesgo menor de seis.
- 7.- Que aceptaron colaborar con el estudio.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Se excluyó a todos los pacientes que no reunieron los criterios de inclusión.

## DETERMINACION DE LAS VARIABLES

A) Variable Dependiente: La regularidad en la asistencia a la consulta prenatal.

B) Variable Independiente: Las Complicaciones Durante el embarazo y el parto.

La regularidad en la asistencia a la consulta prenatal se consideró como el número de consultas prenatales a las que acudió cada una de las pacientes incluidas en el estudio, desde que se le diagnosticó el embarazo hasta el término del mismo y se clasificó de la siguiente manera:

a) Control prenatal Malo: De 1 a 4 consultas.

b) Control prenatal regular: De 5 a 8 consultas.

c) Control prenatal bueno: De 9 o más consultas.

Las complicaciones durante el embarazo se consideraron como todo signo o síntoma no habitual a dicho período, comprendido desde que se estableció el diagnóstico de embarazo hasta el inicio del trabajo de parto y fueron clasificadas de la siguiente manera:

## COMPLICACIONES MEDICAS

A) Anemias: Trastorno hematológico caracterizado por disminución de las cifras de hemoglobina / hematocrito, o en la cantidad o calidad de los eritrocitos.

- Hemoglobina menor de 11 gr/100ml.
- Palidez de mucosas y tegumentos.
- Astenia, adinamia e hiporexia.
- Palpitaciones, vértigos y mareos.

B) Infección de Vías Urinarias: Presencia de más de 100 mil colonias de bacterias en el tracto urinario, que puede o no dar la siguiente sintomatología:

- Disuria.
- Polaquiuria.
- Tenesmo vesical.
- Orina fétida.
- Fiebre.

C) Cérvico-vaginitis: Infección del tracto genital por bacterias, hongos o protozoos.

- Flujo vaginal por lo regular fétido.
- Prurito o ardor vaginal.
- Cervix y vagina hiperémicos y edematosos.
- Exudado vaginal positivo.



## COMPLICACIONES OBSTETRICAS

A) Amenaza de Aborto: Presencia de sangrado transvaginal, dolor pélvico y actividad uterina durante las primeras 20 semanas de gestación.

- No existen modificaciones cervicales.
- Dolor tipo cólico en hipogastrio de intensidad variable.
- Sangrado transvaginal continuo.
- Dicha sintomatología cede con el reposo.

B) Amenaza de Parto Prematuro: Inicio de actividad uterina antes de la fecha esperada, entre la 28 y 37 semana de gestación.

- Pueden o no existir modificaciones cervicales.
- Contracciones uterinas irregulares.
- Dolor tipo cólico en hipogastrio.
- Cede con el reposo.

C) Placenta Previa: Inserción de la placenta sobre el segmento uterino o sobre el orificio cervical:

- Sangrado transvaginal que se presenta por lo regular en reposo.
- Siendo espontáneo, repetitivo y cada vez más abundante.
- No existe dolor ni actividad uterina.

D) Desprendimiento Prematuro de Placenta: Separación total o parcial de la placenta normalmente insertada sobre la cavidad uterina:

- Puede o no haber sangrado transvaginal.
- La hemorragia no tiene relación con el grado de desprendimiento.
- Pueden haber contracciones uterinas irregulares.
- Dolor tipo cólico en hipogastrio de intensidad variable.
- En casos graves pueden existir datos de choque.

E) Toxemia Gravídica: Trastorno del embarazo caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria y en casos graves por convulsiones, coma y muerte.

- Cifras tensionales sistólicas mayores de 140 mmHg o diastólicas mayores de 90 mmHg en mas de dos ocasiones consecutivas y con un intervalo mayor de seis horas.

- Proteinuria mayor de un gramo por litro en dos ocasiones consecutivas.

- Acumulación excesiva de líquido asociada con un aumento de peso de más de 1 kg por semana.

- Cefalea de intensidad variable, acompañada en ocasiones de acúfenos y fosfenos.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en 69 pacientes en su puerperio inmediato, quienes acudieron a control prenatal y recibieron atención obstétrica en el H.G.I. No. 29 de Aragón, entre el primero y el 19 de diciembre de 1987. Durante su estancia hospitalaria se les aplicó un cuestionario con el método de la entrevista directa, siendo ésta individual y privada. Se efectuaron varias preguntas encaminadas a investigar sus antecedentes más importantes, al inicio y la evolución del embarazo, así como la frecuencia con que cada paciente acudía a control prenatal. Al mismo tiempo se obtuvieron datos del expediente de cada paciente, en especial de la forma HIF/7 85, tales como el número de consultas prenatales, los datos más relevantes en cada exploración, sus cifras tensionales, los resultados de sus exámenes de laboratorio y los medicamentos que se prescribieron durante el embarazo, con el fin de detectar la patología más frecuente durante este período y relacionarla con la asistencia a dicha consulta.

Los datos recabados se sometieron a un análisis estadístico y son mostrados en las tablas y gráficas correspondientes, finalmente se presentan las conclusiones y comentarios relativos a la investigación.

## CUESTIONARIO

- 1.- En que mes se le diagnosticó su embarazo ?
- 2.- Quién le hizo el diagnóstico de embarazo ?  
a) Médico Familiar    b) Médico particular    c) otro médico
- 3.- Cuándo visitó por primera vez a su médico familiar ?  
a) Al 1er. mes            b) Al 2do. mes            c) Al 3er mes
- 4.- Cuántas veces acudió con su médico familiar a control de embarazo ?  
a) 1 a 4 visitas        b) 5 a 8 visitas        c) + de 9
- 5.- Acudió a control de su embarazo a otra institución o con algún médico particular ?
- 6.- Durante la Consulta su Médico Familiar:  
Nunca    Casi Siempre    Siempre  
La Medía ?  
La Pesaba ?  
Le tomaba la presión ?  
Le escuchaba su corazón ?  
Tomaba medidas de su abdomen ?  
Le decía como alimentarse ?  
Le indicaba cómo asearse ?  
Le indicaba cómo prepararse para amamantar a su hijo ?

7.- Sigue las indicaciones de su médico familiar ?

Nunca      Casi siempre      Siempre

8.- Asiste regularmente a sus citas ?

Nunca      Casi Siempre      Siempre

9.- Cuál es la causa por la que no acude a su consulta ?

- a) Por Olvido
- b) Por sentirse bien?
- c) Por falta de tiempo
- d) Por otros compromisos
- e) Otras causas.

10.- Tiene alguna de las siguientes enfermedades ?

Si      No      Desde Cuando

- a) Diabetes
- b) Hipertensión
- c) Enfermedades del corazón
- d) Crisis Convulsivas
- e) Otras.

11.- Durante su embarazo presentó sangrados trasvaginales ?

Nunca      Ocasionalmente      Frecuentemente

12.- En qué mes de su embarazo ?

13.- Durante su embarazo present6 dolores en el vientre ?

Nunca            Ocasionalmente            Frecuentemente

14.- En qu6 mes de su embarazo ?

15.- Present6 alguno de los siguientes s6ntomas ?

Nunca            Ocasionalmente            Frecuentemente

- a) Ardor al orinar
- b) Orinar muy seguido
- c) Quedarse con ganas  
de seguir orinando
- d) Orinar muy seguido  
por la noche
- e) Mal olor de orina
- f) Orinar sangre
- g) Mareos
- h) Zumbido de o6dos
- i) Dolor de cabeza
- j) Ver luces de colores

17.- Tom6 alg6n medicamento durante el embarazo ? S6 No

18.- Cud6 medicamento ?

19.- Durante cuanto tiempo ?

20.- Qui6n se lo recet6 y por qu6 ?

## ANALISIS ESTADISTICO

### HIPOTESIS ESTADISTICAS:

a) HIPOTESIS NULA: La frecuencia de complicaciones durante el embarazo en las pacientes inscritas al H.G.Z. No. 29 del INSS que acuden a la consulta prenatal en forma irregular, es igual a la que tienen las pacientes que acuden regularmente.

$$H_0: A = B$$

A = Control Prenatal Irregular

B = Control Prenatal Regular

b) HIPOTESIS ALTERNA: La frecuencia de complicaciones durante el embarazo en las pacientes inscritas al H.G.Z. No. 29 del INSS que acuden a control prenatal en forma irregular, es mayor que en las pacientes que acuden regularmente.

**TIPO DE ESTUDIO:**

Unilateral a la derecha.

**NIVEL DE SIGNIFICANCIA:0.05**

**PRUEBA ESTADISTICA A UTILIZAR:**  $\chi^2$  no paramétrica ya que se emplearán variables nominales

**CRITERIOS DE RECHAZO:**

Se rechaza  $H_0$  si:  $\chi^2 \text{ exp. } > \chi^2 \text{ crt.}$   
 $\chi^2 \text{ exp. } > \chi^2 4.605$

**CONCLUSIONES:**

No existe una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia o no de complicaciones durante el embarazo y la regularidad en la asistencia a la consulta prenatal en el presente estudio. Pero vale la pena mencionar que la muestra seleccionada no fue lo suficientemente grande como para hacer conclusiones confiables.



## TABLAS Y GRAFICAS

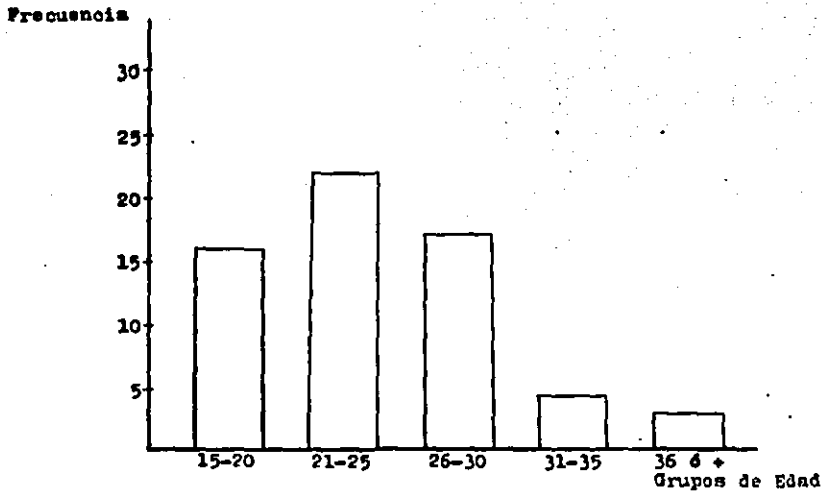
GRUPOS DE EDAD EN 69 PACIENTES ADSCRITAS AL H.G.Z.  
NO. 29 DEL INSS QUE ASISTIERON A  
LA CONSULTA PRENATAL DE MARZO A DICIEMBRE DEL 87.  
(Hera. al 19 de Dic. del 87)

CUADRO 1

GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE PACIENTES	
	No.	%
15-20	16	23.18
21-25	27	39.13
26-30	17	24.23
31-35	6	8.69
36-40	3	4.34
TOTAL	69	100.00

Fuente: Encuesta Directa

GRAFICA 1



Fuente: Cuadro 1

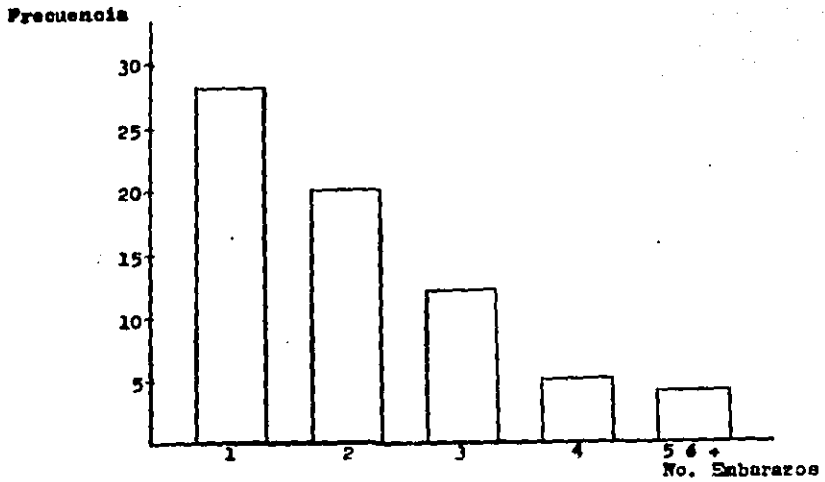
**NÚMERO DE EMBARAZOS EN 69 PACIENTES ADSCRITAS AL H.G.Z.  
 NO. 29 DEL IMSS QUE ASISTIERON A  
 LA CONSULTA PRENATAL DE MARZO A DICIEMBRE DEL 67.  
 (Per. al 19 de Dic. del 67)**

**CUADRO 2**

NÚMERO DE EMBARAZOS	TOTAL DE PACIENTES	
	NO	%
1	28	40.57
2	20	28.98
3	12	17.39
4	5	7.24
5 o +	4	5.79
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Encuesta Directa.**

GRAFICA 2:



Fuente: Cuadro 2

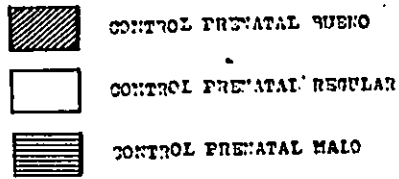
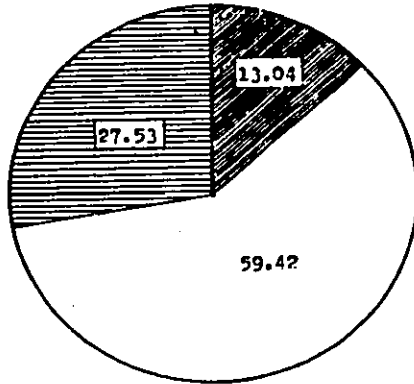
TIPO DE CONTROL PRENATAL AL QUE ASISTIERON  
 69 PACIENTES ADSCRITAS AL H.G.C.  
 NO. 27 DEL IMSS DE MARZO A DICIEMBRE DEL 87  
 (Herc. al 19 de Dic. del 87)

CUADRO 3

TIPO DE CONTROL PRENATAL	TOTAL DE PACIENTES	
	NO.	%
BUENO	9	13.04
REGULAR	41	59.42
HALO	19	27.53
TOTAL	69	100.00

Fuente: Encuesta Directa

GRAFICA 3



Fuente: Cuadro 3

**EMBARAZOS COMPLICADOS Y NO COMPLICADOS EN RELACION AL TIPO  
DE CONTROL PRENATAL AL QUE ASISTIERON 69 PACIENTES  
ADSCRITAS AL H.G.Z. NO. 29 DEL IMSS DE MARZO A DICIEMBRE DEL 87.  
(Herc. al 19 de Dic. del 87)**

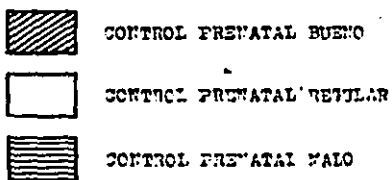
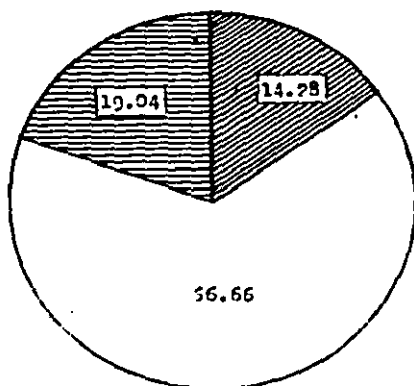
**CUADRO 4**

TIPO DE CONTROL PRENATAL	NO COMP.		COMPLICADAS		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
BUENO	6	8.6	3	4.3	9	12.9
REGULAR	28	40.5	13	18.8	41	59.3
HALO	8	11.5	11	15.9	19	27.4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>60.2</b>	<b>27</b>	<b>39.7</b>	<b>69</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Expediente Clinico**

GRAFICA 4

NO COMPLICADOS

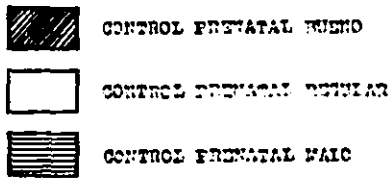
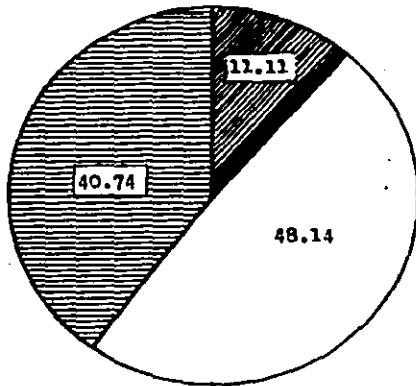


Fuente: Cuadro 4



GRAFICA 4 BIS

COMPLICACIONES



Fuente: Cuadro 4

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

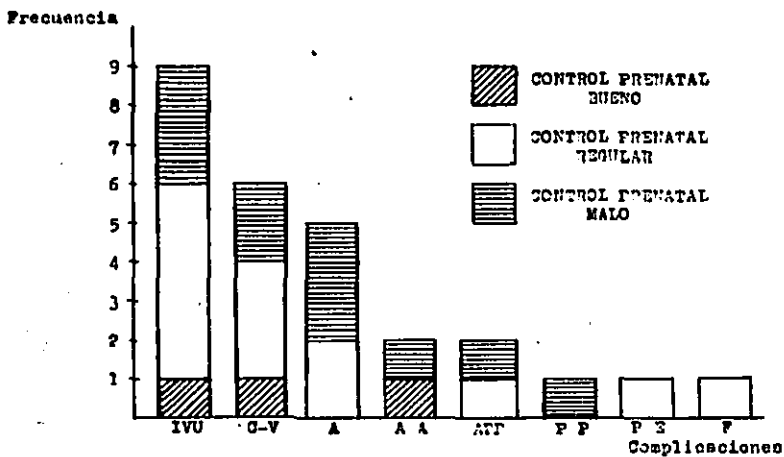
**COMPLICACIONES EN RELACION AL TIPO DE CONTROL PRENATAL  
QUE SE PRESENTARON EN 27 PACIENTES  
ADSCRITAS AL H.O.2. NO. 29 DEL IMSS DE MARZO A DICIEMBRE DEL 87  
(Per. al 19 de Dic. del 87)**

**CUADRO 5**

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
I.V.U.	1	3.7	5	18.5	3	11.1	9	33.3
Cervicovaginitis	1	3.7	3	11.1	2	7.4	6	22.2
Anemia	0	0.0	2	7.4	3	11.1	5	18.5
Amenaza de Aborto	1	3.7	0	0.0	1	3.7	2	7.4
A. Parto Prematuro	0	0.0	1	3.7	1	3.7	2	7.4
Placenta previa	0	0.0	0	0.0	1	3.7	1	3.7
Preclampsia	0	0.0	1	3.7	0	0.0	1	3.7
Faringitis	0	0.0	1	3.7	0	0.0	1	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>11.1</b>	<b>13</b>	<b>48.1</b>	<b>11</b>	<b>40.7</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICA 3



A: Anemia

A A: Amenaza de Aborto

AFP: A. Parto Prematuro

G-V: Cervicovaginitis

F: Faringitis

IVU: Inf. Vías Urinarias

P E: Preeclampsia

P P: Placenta Previa

Fuente: Cuadro 5

## RESULTADOS

Se estudio un total de 65 pacientes, las cuales acudieron al H.G.Z. No. 29 del primero al 19 de diciembre de 1987. El promedio de edades fue de 24.09 con una edad mínima de 16 años, una máxima de 39 años, la mayoría de las paciente se encontró en el grupo de edad de 21 a 25 años correspondiendo al 39.13% de la población total; siguiendo en orden descendente se encontraron los grupos de 26 a 30 años con 24.63% (17 casos), de 15 a 20 años con 23.18% (16 casos), de 31 a 35 años el 8.69% (6 casos) / por último el grupo de 36 a 40 años con sólo 4.34% (3 casos).

En cuanto al número de gestaciones se encontró que la media aritmética correspondió a 2.08, se encontró en primer lugar el grupo de pacientes primigestas con 40.57% (28 casos), las secundigestas con 26.93% (20 casos), el 17.57% correspondió a las pacientes con tres embarazos (12 casos), 7.24% con cuatro embarazos (5 casos y sólo 5.79% (4 casos) con cinco o más embarazos.

Se clasificó también a las pacientes con respecto a la frecuencia con que acudieron a la consulta prenatal en tres grupos: Las pacientes que contaron con una o cuatro asistencias se les incluyó en el grupo con control prenatal malo, las que acudieron de 5 a 9 ocasiones dentro de grupo con control prenatal regular / a las que asistieron en nueve o mas ocasiones

como control prenatal bueno. El primer grupo estuvo representado por 19 pacientes (27.52%), el segundo grupo por 41 pacientes (59.42%) y el último grupo por 9 pacientes (13.04%), se obtuvo un promedio de 5.71 con un rango de una a once consultas por paciente.

En cuanto al diagnóstico de embarazo se pudo apreciar que el 30.43% de los casos el embarazo se diagnosticó durante el primer mes, en el 52.62% durante el segundo mes y sólo en el 14.47% de los casos el diagnóstico se estableció después del tercer mes. El embarazo fue diagnosticado por el médico familiar en el 49.56% de los casos, por el médico particular en el 26.08% y sólo en el 4.34% lo realizaron médicos de otra institución.

Las pacientes que acudieron a control prenatal a otra institución o con algún médico particular fueron 16 (23.18%) con un rango de 1 a 7 consultas con promedio de 3.06. El 71.01% de las pacientes sólo acudió con su médico familiar. Se observó también que durante la consulta el médico familiar pesa, mide y explora a sus pacientes frecuentemente en el 95.65 de los casos y sólo en el 4.34% lo hace ocasionalmente, proporciona indicaciones higiénico-dietéticas siempre en el 79.71% de los casos y casi siempre en el 20.28%, nunca se le otorgan indicaciones de cómo prepararse para la lactancia en el 85.5% y sólo ocasionalmente en el 14.49% de los casos.

Con respecto a las indicaciones que otorga el médico familiar las pacientes las siguen casi siempre en el 5.79% y siempre en el 74.2%, asisten regularmente a sus citas en el 81.15% y casi siempre 18.84%, las principales causas por las que no acude regularmente a sus citas son 7 casos por estar laborando, 2 pacientes por sentirse bien, dos por falta de tiempo y tres por tener otros compromisos.

En relación a los antecedentes patológicos de las pacientes sólo se reportó un caso con crisis convulsivas (1.14%) el resto de las pacientes negó dichos antecedentes. Tres pacientes presentaron sangrado travaginal (4.34%) dos ocasionalmente y una frecuentemente, cinco paciente tuvieron contracciones uterinas (7.24%), tres ocasionalmente y dos frecuentemente), nueve paciente refirieron sintomatología urinaria (13.04%) cuatro frecuentemente y cinco ocasionalmente.

La prescripción de medicamentos durante este período fue afirmativa en el 72.46% de los casos y el 27.55% no ingirió medicamentos, los principales medicamentos prescritos fueron Ampicilina (14.49%) con 10 casos, hierro dietético (4.34%) 3 pacientes, nitrofurazona ovulos (2.89%) 2 casos, listatina y metronidazol ovulos (1.46%) un caso. Cincuenta pacientes (72.46%) ingirieron sulfato ferroso por prescripción médica y tres se automedicaron (4.34%).

En cuanto a las complicaciones detectadas en las pacientes con control prenatal bueno se observó que una paciente cursó con amenaza de aborto e infección de vías urinarias, la otras con cervicovaginitis, correspondiendo al 22.24% de los casos. En el segundo grupo se encontró que cinco paciente cursaron con infección urinaria, tres con cervicovaginitis dos con anemia, una con amenaza de aborto y otra más con preeclampsia leve siendo en total 13 casos con un porcentaje de 31.7. Las pacientes clasificadas dentro del grupo de control prenatal malo presentaron tres casos de infección de vías urinarias y tres más con anemia; dos casos con cervicovaginitis, un caso de amenaza de aborto, otro de amenazada parto prematuro y otra más con placenta previa, correspondiendo al 57.8% de sus integrantes.

## CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se pudo concluir en forma general que la mayor frecuencia de complicaciones se encontró en las pacientes incluidas en el grupo con control prenatal malo. Sin embargo, desde el punto de vista estadístico la prueba utilizada no fue significativa, ya que la muestra seleccionada no fue lo suficientemente grande como para obtener resultados confiables.

Las complicaciones más frecuentemente observadas durante el embarazo fueron de tipo infeccioso, sobre todo a nivel genital y del tracto urinario. Este tipo de complicaciones médicas tienen mucha importancia dentro de la evolución del embarazo por las repercusiones de tipo obstétrico que se presentan, ya que favorecen las amenazas de aborto y de parto prematuro llegando en ocasiones a su culminación. Estas complicaciones pueden ser fácilmente detectadas y tratadas en sus fases iniciales, evitando así su aparición y las consecuencias que ocasiona a la madre y el producto en gestación.

En cuanto a la edad / el número de gestaciones se encontró con mayor frecuencia a las pacientes primigestas entre 21 y 35 años, lo cual se puede atribuir a la eficacia de los programas de planificación familiar vigentes. Se observó también que a medida que avanza el número de embarazos las pacientes adquieren una supuesta experiencia, por lo cual no acuden regularmente a sus citas, favoreciendo que el mayor número de casos se encuentren en el grupo con control prenatal malo.

Con respecto a la asistencia a la consulta prenatal se encontró que la mayoría de las pacientes acuden siempre a sus citas en forma regular y son pocos los casos que no lo hacen, sobre todo las paciente que laboraban fuera de su hogar. Sin embargo son contados los casos de pacientes que asistieron a más de nueve consultas, por lo cual la mayoría de la población debería encontrarse en el tercer grupo, pero no fue así.



ya que en algunas ocasiones el diagnóstico de embarazo se hizo después del tercer mes, en otras no contaron con seguro hasta los últimos meses de embarazo y muchas otras acudieron a control prenatal a otra institución o con algún médico particular, lo cual repercutió en la cantidad de consultas por paciente.

El tipo de atención médica que recibieron las pacientes se puede considerar como bueno con respecto a las maniobras exploratorias que efectuó el médico, ya que las realiza en la mayoría de los casos. Las indicaciones higiénico dietéticas que se otorgaron a las pacientes fueron aceptables y las indicaciones para la lactancia deficientes, ya que es escaso el número de pacientes que las reciben.

No podemos afirmar que una atención médica adecuada de la gestante garantice la ausencia de complicaciones, ya que ni la mejor profilaxis es capaz de evitar la aparición súbita e inesperada de alguna otra complicación. Sin embargo pueden ser detectadas y tratadas oportunamente evitando así que estas repercutan en el binomio madre-hijo. Es por esto la insistencia en que la atención médica prenatal debe ser proporcionada eficaz y regularmente a toda paciente desde el momento que se sabe embarazada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- O. Kaser., et. al., Ginecología y Obstetricia tomo II.  
Salvat Editores. México 1969., pags. 212-225
- 2.- Ralph C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétrico,  
Segunda Edición, Editorial el Manual Moderno. México 1982.  
pags. 212-225.
- 3.- Louis M. Helleman. Williams Obstetricia. Salvat Editores.  
México 1973. pags. 288-300.
- 4.- J. Botella Llusia. Tratado de Ginecología, tomo II, Octava  
Edición. Editorial Científico-Médica. México 1981.
- 5.- Luis Castelazo Ayala. Obstetricia, Segunda Edición. Editor  
Francisco Mendez Oteola. México 1983.
- 6.- A.M.H.O.O. No. 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia, Segunda  
Edición. Editor Francisco Mendez Oteola. México 1981. pags.  
79-86.

- 7.- Manuel Villalobos. Factores de riesgo en la gran múltipara.  
Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 53, No. 336, Abril  
85, pags. 87-91
  
- 8.- Francisco Puente. Sexuialidad Durante el Embarazo.  
Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 55, Marzo 87.  
pags. 69-73.
  
- 9.- Genaro A. Martínez. Factores Etiológicos más comunes en la  
Amenaza de Parto Prematuro. Ginecología y Obstetricia de  
México. Vol. 53, Diciembre 85. pags. 345-348
  
- 10.-Portilla. Estadística Primer Curso, Segunda Edición.  
Editorial Interamericana. México 1986. pags. 20-26.