

11226  
29, 30



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**CONTROL PRENATAL COMO FACTOR  
PRIMORDIAL EN LA DISMINUCION DE  
LA MORBI-MORTALIDAD PERINATAL**

**T E S I S**

Que para obtener la especialidad de:

**MEDICINA FAMILIAR**

**P r e s e n t a :**

**Dr. Gabriel Cervantes Terrones**



**IMSS**

Ciudad Obregón, Sonora

1987

**TESIS CON  
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 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.

## C O N T E N I D O

Resumen-----	1
Antecedentes Cientificos-----	2
Planteamiento del Problema-----	11
Material y Metodo-----	12
Resultados y Discusion-----	14
Conclusiones-----	19
Recomendaciones-----	20
Figuras-----	21
Bibliografia-----	30

## R E S U M E N

Este trabajo se llevo a cabo en el H.G.Z. No. 1. de Cd. Obregón, Sonora durante los meses de agosto a septiembre de 1987. Se estudiaron retrospectivamente 400 casos que llevaron control prenatal en la U.M.F. No. 1 de esta misma ciudad. Con el objeto de comparar la morbi-mortalidad materno-infantil en aquellos pacientes que -- llevaron control prenatal regularmente y para esto se tomo en cuenta los parametros registrados en la MF7/85 y -- se formo otro grupo que la atención fue nula o deficiente.

Posterior al parto al total de pacientes estudiadas se les realiza una encuesta directa e indirecta donde se registran los siguientes datos en una hoja de captación-- como nombre, cédula, estado civil, edad, ocupación, escolaridad, tipo de parto, complicaciones del mismo, sexo,-- apgar, peso del recién nacido.

Al concluir el trabajo se observa que la morbilidad materno-infantil continúa siendo elevada principalmente-- en gestantes y productos donde el control prenatal fué -- nulo o deficiente.

En cuanto a la mortalidad infantil sólo existio un-- caso en un producto prematuro de madre ecláptica. No se registro mortalidad materna en ninguno de los dos grupos.

Por lo que respecta a la calidad de atención brindada por el médico familiar puede considerarse buena, ---- aunque lo ideal es tratar de mejorarla para tratar de -- disminuir las complicaciones del parto y por lo tanto la morbi-mortalidad materno-infantil.

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

El cuidado prenatal que según se conoce en la actualidad es un proceso relativamente nuevo. A pesar que -- desde 1540 hubo autores que le dieron gran importancia -- a la evolución de la gestación. Pero fué hasta 1901 que la mayoría de autores subrayan la importancia de una vi-gilancia estrecha de la gestación. Antes la mujer emba-razada solia tener en el curso del embarazo una sola en-trevista con su médico antes del parto. Con esta entre-vista a menudo no se conseguia mucho más que un intento de calcular la fecha del parto. Cuando era visitada nue-vamente por su médico, la mujer habia podido haber sufri-do dolores, angustias de una convulsión ecláptica ó --- estar padeciendo grandes escalofríos y fiebres altas -- por infecciones sistemicas o esforzandose por expulsar -- un feto muy grande, pero muerto. (1)(2).

El embarazo es un fenomeno funcional normal que so-lo en ocasiones se complica con transtornos peligrosos -- para la salud de la madre y el feto.

Sin embargo, inclusive un embarazo normal puede al-terar de tal manera los mecanismos funcionales de la mu-jer embarazada, habitualmente para adaptarse a la necesidad de la madre o del feto. (3).

La importancia de la atención a la madre durante el embarazo sólo ha sido comprendida desde 1915 y es uno de los factores que a contribuido a disminuir el número de mortalidad materna fetal.

En general las tasas más bajas se observan en el --segundo y tercer embarazo y la morbi-mortalidad materno-infantil aumenta progresivamente del cuarto en adelante-- por lo que toca al primer embarazo, existe habitualmente un ligero incremento de la mortalidad en relación con el segundo; Sin embargo, este incremento puede elevarse cuando la atención prenatal profesional es escasa o nula. (7).

En nuestro país la mortalidad perinatal continúa --siendo un grave problema de salud a pesar de los adelantos técnicos en la medicina moderna constituyendo el primer lugar de mortalidad, por sus severas repercusiones --socio-económicas y su elevado caracter invalidante, tanto a nivel físico como mental. (8).

Para determinar el perfil socioeconómico de las --gestantes, se han utilizado elementos de diversa, naturaleza de acuerdo al tipo de población analizada. En países Europeos el estado social es evaluado por la ocupación de la gestante o de su conyugue. En América se le califica por el ingreso familiar, ubicación domiciliaria del tipo urbana o rural. La existencia de sistemas de --seguridad médico-social hace poco fidedigna la calificación de la condición social por el ingreso familiar.

El tomar en cuenta la ocupación de la madre, da como resultado la obtención de factores de riesgo prenatal más apropiados que la ocupación del padre. Sin embargo, existen grandes desventajas al calificar por este sistema, ya que no es posible establecer las diferencias ----

lógicas dentro de cada ocupación, con el desarrollo comunitario, las facilidades de atención médica presentes o las motivaciones culturales para cada grupo de población.

Existen observaciones que confirman la importancia de la condición socioeconómica familiar sobre el crecimiento fetal, expresado este como peso al nacimiento. -- Estudios realizados muestran tasas de peso bajo al nacer de casi el doble en condiciones socioeconómicas calificadas como bajas. Por otra parte si se toma en cuenta la escolaridad materna, se ha demostrado que el riesgo de nacer con bajo peso y la mortalidad perinatal es menor en los grupos con educación avanzada. (9).

La vigilancia médica prenatal de la paciente embarazada se considera en la actualidad uno de los componentes más importantes de la práctica obstétrica. La muerte obstétrica es altamente previsible y generalmente sus causas no son de instalación brusca, sino que aparece y se desarrolla en el transcurso del embarazo, por lo que el control prenatal temprano y sistemico constituye un mecanismo muy útil para identificar oportunamente cualquier problema o complicación, definir el tipo de recursos necesarios para la atención, el lugar y la vía de terminación del embarazo, con el fin de reducir la mortalidad materno-infantil. La mayoría de la mortalidad materno-infantil tiene una historia de atención prenatal escasa o nula y este fenómeno esta directamente relacionado con las condiciones de marginalidad, dispersión geográfica y bajo nivel socio-económico de las poblaciones- (10).

El análisis de la población obstetrica abierta, enfocada bajo este criterio de selección permite ubicar -- dos grandes grupos que tienen diferentes necesidades básicas de atención.

El primer grupo, que comprende de 30 a 90% de las embarazadas, esta formado por pacientes de bajo riesgo-- obstetrico, que en condiciones normales llegan al final de la gestación sin incidentes. El 10 a 20% restante presentan un reto que involucran a todo el equipo de salud y sus recursos técnicos, ya que bien se trata de un grupo reducido de pacientes que dan lugar a la mayor parte de la morbilidad materno y perinatal incluyendo --- esta última lesiones y muerte que ocurren entre la vigésima semana del embarazo hasta los 28 días de vida postnatal.

De estas realidades pudiera surgir la necesidad de aplicar todos los recursos a todas las pacientes embarazadas, como ha ocurrido en algunas áreas de países altamente desarrollados, pero las demandas de trabajo y la sobrecarga de actividades tiende por un lado a disminuir la calidad de atención y por otro elevan los gastos de -- tal manera, que los programas no resultan congruentes -- con los objetivos delineados por la institución de salud puesto que no resuelven la problemática para lo cual fueron creadas. (11) (12).

A medida que aumenta, la población obstetrica, se requiere de un dispositivo de selección que permita descubrir los casos que si ameritan una atención especiali-

zada para que los embarazos normales, en pacientes sanas sean vigilados por médicos familiares. (13).

Aparentemente la problemática que surge en el trabajo de parto, es la responsable más directa del resultado neonatal. Esto implica necesariamente la intervención de dos elementos el médico y la paciente. Se requiere para obtener optimos resultados de una acción médica altamente eficiente pero también de una paciente correctamente estudiada en la que se conozca de antemano su patología para anticipar sus efectos y neutralizarlos oportunamente. Es por ello de que cualquier manera, la corrección del alto riesgo intraparto requiere de una identificación del riesgo prenatal.

El embarazo debe ser cuidadosamente vigilado. Debe tenerse en cuenta que el embarazo no inmuniza a la mujer contra ninguna enfermedad. El embarazo en cierta forma, abre el camino a la enfermedad, aproxima a la mujer al dintel, el limite entre la salud y la enfermedad. Hay padecimientos que la mujer tiene solamente durante el estado gravido, como son: La Hiperemesis Gravidica, Las Toxemias, Las Complicaciones Distocicas del Parto -- como son las situaciones transversas, Desproporciones Cefalopélvicas, Complicaciones Hemorragicas del Embarazo, etc. de tal manera que el embarazo puede constituir una fuente de peligro más o menos grave para la mujer.

Hay padecimientos como la Toxemia Gravidica que en nuestro país por los años treinta tenia una mortalidad -- que fluctuaba entre el 15 y 18%. En la actualidad en --

Las consultas subsecuentes se realizan mensualmente hasta el sexto mes de embarazo y cada semana a partir de la trigesima-quinta semana, valorandose en cada ocasión los datos que modifiquen la calificación de los factores de riesgo que en caso de ser mayores de seis, motivaran su envío oportuno a las unidades hospitalarias. En esta consulta se proporciona información acerca del trabajo de parto, el parto en sí, los tramites de ingreso hospitalario y si es necesario se extiende la incapacidad prenatal, a partir de la trigesima-quinta semana de embarazo estará en poder de la paciente la forma MF7/85 y en la trigesimo-octava el médico efectuara pelvimetria interna en nulíparas o en multíparas con antecedentes de partos distócicos o ningún parto a término. Si hay sospecha o evidencias de desproporción feto-pélvica o de situaciones anormales del producto, se indicara cefalopelvimetría. En las pacientes con calificación de riesgo no mayor de seis, con pelvimetria normal, el médico familiar mantendra el control hasta el inicio del trabajo del parto.

El tratamiento recomendado en un embarazo fisiológico consiste en: La orientación higienico-dietetica, la prescripción de vitaminoterapia en deficiencias especificas.

De presentarse síntomas urinarios o exudados trans vaginales sugestivos de infección o infestación, el tratamiento sera especificamente de acuerdo con el agente causal.

### **PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desconocemos en forma cierta con un estudio de Metodología Científica la influencia real del control prenatal sobre la morbi-mortalidad perinatal en Nuestra Unidad de Medicina Familiar --- No. 1 y del Hospital General de Zona No. 1 de -- Ciudad Obregón Sonora.

Cual es la morbilidad perinatal en pacientes con control prenatal y sin control prenatal.

## MATERIAL Y METODO

Se analizaron 400 casos de mujeres gestantes en forma descriptiva-retrospectiva que acudieron al Hospital - General de Zona No. 1 de Cd. Obregón Sonora para la atención de su parto. Las cuales fueron escogidas al azar - dividiéndose en 2 grupos de pacientes. El primer grupo de pacientes que acudieron a control prenatal en más de tres ocasiones y que acudieron a la atención del parto llevaron su MF7/85.

El segundo grupo fué en aquellas pacientes que no tuvieron control prenatal o acudieron a menos de 3 consultas prenatales.

Los criterios de exclusión fueron: Para el primer grupo no haber tenido control prenatal en la unidad de Medicina Familiar No. 1. además de aquellas pacientes que no acuden con su MF7/85 a la atención de su parto.

Además de todos los casos en que se encuentre algún factor intra-parto no previsible o ha problemas propios del servicio de Toco-quirúrgicas.

Una vez atendido el parto, se efectúa un cuestionario (anexo) en el que se investigaba: Nombre, No. de afiliación, dirección, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo de parto, apgar, peso y sexo del producto, si existió morbilidad y mortalidad materno-infantil.

En el grupo que acudio a control prenatal se encues to además de la forma MF7/85 para ver el número de consultas y las veces que se registraron los factores de riesgo invariables como variables.

Que se tomaron en cuenta el registro de estos datos para la evaluación de la calidad de la atención prenatal adecuada; Cuando se registran todos los parametros en -- todas las consultas prenatales, buena cuando falta de registrar máximo 2 parametros en la MF7/85. Y deficiente - cuando faltan más de dos parametros en dicha forma de -- control prenatal.

Continuando con una comparación entre el grupo que tuvo control prenatal y el que no tuvo control prenatal para lo relacionado con la morbilidad materno-infantil.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En el presente estudio se llevo acabo en 400 pacientes con edad mayor a los 15 años, dividiendose por grupos de edades con control y sin control prenatal: Obteniendose los siguientes resultados: Grupo con control -- edad de 15-19 años fué de 16 casos (4%); en el grupo de 20-24 años fué de 123 casos (30.75%); en el de 25-29 --- años fue de 146 (36.5%); de 30-34 años fueron 48 (12%);- y en el grupo de más de 35 años fueron 15 casos (3.75%).

Como se puede observar la frecuencia tanto en el -- grupo con control y sin control la edad fluctuo entre los 15 años y más de 35 años que esta constituido en su mayoria por primigestas con predominio de los grupos de 20-24 y 25-29 años siendo este el periodo ideal para la reproduccion de la mujer, y que es representativo de lo que - se observa en esta unidad, lo que concuerda con lo observado en otros estudios. (6). fig(1)

En cuanto al estado civil de la paciente: El grupo- con control fue: Casadas 316 (79%), Unión libre 24 (6%), solteras 9 (2.25%). En el grupo sin control: Casadas --- 36 (9%), Unión libre 10 (2.5%), solteras 6 (1.5%). Encontramos que el indice de gestantes casadas es considerablemente mayor en el grupo con control prenatal, lo que re-fleja que una pareja en este regimen tiene una mayor re-sponsabilidad y obligación en cuanto a la gestacion.

Con lo que respecta a la ocupación de las gestantes en los grupos del estudio no hubo diferencia significativa, predominando en ambos las que se dedicaban al hogar

en un 85% en la que acudieron a control y un 82% en las que no acudieron a control prenatal.

La escolaridad de las pacientes gestantes fue: En el grupo control: Analfabetas 2 casos (.8%), primaria --incompleta 83 casos (23.8%), primaria completa 150 casos (43.1%), secundaria incompleta 60 casos (17.2%), secundaria completa 41 casos (11.7%), otros que incluyen desde bachillerato hasta profesional 12 casos (3.4%). En el grupo sin control: Analfabetas 4 casos (7%), primaria incompleta 13 casos (25%), primaria completa 20 casos --(38.5%), secundaria incompleta 8 casos (15.3%), secundaria completa 7 casos (13.5%), se demuestra que el nivel educativo es más bajo en el grupo sin control, donde se observa que el número de analfabetas es más elevado. --Por lo que no tienen conciencia de la importancia que --tiene la vigilancia prenatal para evitar complicaciones futuras. (9) (fig.3).

Con lo que respecta al tipo de parto que tuvieron -- las gestantes fue: Grupo que acudio a control 295 casos-- (73.75%), fueron partos eúcticos en el grupo sin control 32 casos (8%). Los partos distócicos donde se incluyen a las cesareas fueron 47 casos (11.75%) en el grupo con control de donde el 30.1% fue debido a presentaciones -- anormales y DCP, siendo detectadas durante el control -- prenatal, el resto fue debido a cesareas previas y anterior y 6 casos (1.5%) fue por aplicaciones de forceps. -- En el grupo sin control fueron 17 casos (4.25%) por cesareas debido a DCP y presentaciones anormales y 3 casos -- (.75%) por aplicación de forceps y periodos expulsivos -- prolongados. (fig. 4).

El índice del porcentaje de cesareas en el grupo control es elevado, por tal motivo la paciente debe ser correctamente estudiada para detectar su patología y anticipar así sus efectos. Por otro lado el contar con el antecedente de haber tenido un parto distócico, anterior a su embarazo actual motivan a las pacientes a llevar un control puntual (10).

Los pesos de los productos de madres gestantes en el grupo con control fue: R.N. con peso menor de 2,500 grs. 4 casos (1%), del grupo sin control 5 casos (1.25%) en el grupo con peso de 2501-3000 grs, en el grupo con control 63 casos (15.75%), en el grupo sin control 3 casos (.75%), en los productos con peso de 3001-3500 grs. en el grupo con control 108 casos (27%), en el de sin control 23 casos (5.75%), en los productos con peso de 3501-4000 grs. para el grupo con control 159 casos (39.25%) en el de sin control 15 casos (3.75%), con respecto a los de peso mayor de 4000 grs. correspondió para el grupo con control 14 casos (3.5%) y para el de sin control 6 casos (1.5%). Se observa una mayor frecuencia de productos de bajo peso en mujeres que no llevaron control prenatal y que su nivel socio-cultural y económico era bajo, estos porcentajes son muy pequeños respecto a lo comunicado por Shor. (9). En cuanto a los productos de peso mayor de 4000 grs. fue más evidente en el grupo con control, pero existen factores genéticos y estimulación-nutricional que son la causa de fetos de tamaño excesivo siendo productos de mujeres altas y obesas, en el grupo sin control hubo 3 productos macrosómicos hijos de madres diabéticas. (fig 5).

En cuanto al Apgar no hubo gran variación ya que la mayoría de productos se les califica de 7-8 al minuto y de 9 a los 5 minutos, este no es un dato que se valore adecuadamente por lo que es muy subjetiva su apreciación y difícilmente se siguen los parametros adecuados para su registro.

El sexo de los productos de las mujeres gestantes con control prenatal fue de 123 casos (35.24%) el sexo masculino, 225 casos (64.76%) el sexo femenino. En el grupo sin control prenatal 13 casos (25%) correspondió al sexo masculino y 39 casos (75%) al sexo femenino siendo el que predomina en los dos grupos. (Fig.6).

MORBILIDAD MATERNA: En el grupo de 348 pacientes -- que acudieron a control prenatal el 4.51% presento alguna patologia: Toxemias 5 casos, cervicitis e infecciones de vías urinarias 3 casos, hemorragias 2 casos y presentaciones anormales 4 casos partos prematuros 2 casos.

En el grupo sin control prenatal la morbilidad materna fué la siguiente: Toxemias 5 casos, eclampsia 1 caso, cervicitis e infecciones de vías urinarias 7 casos hemorragias 3 casos, presentaciones anormales 3 casos, diabetes gestacional 1 caso y 2 casos de diabetes tipo II. La mayoría de los casos anteriores de morbilidad materna tienen una historia de una atención prenatal escasa o nula y este fenomeno esta en directa relación con condiciones de marginidad y bajo nivel socioeconomico y cultural. (Fig 7).

MORBILIDAD FETAL: En el grupo de 348 pacientes investigadas que llevaron control prenatal la morbilidad fetal fue de 1.43%, obteniéndose los siguientes resultados hubo 1 producto macrosómico, 1 caso de desnutrición in utero, 1 caso de inmunización a Rh y 2 partos prematuros.

En el grupo sin control la patología fetal fue de 3 productos macrosómicos, 2 desnutridos in utero, 2 casos de Isoinmunización al Rh, 1 caso de sufrimiento fetal crónico, 3 productos prematuros y 2 casos de malformaciones congénitas. Solo existió un caso de mortalidad infantil de un producto prematuro. hijo de madre ecláptica. Como se observa fue más elevado el índice de mortalidad en aquellas pacientes que no acudieron a control prenatal y siendo en su mayoría grandes multiparas lo que contribuye a que se incremente la morbilidad fetal(8). (Fig.8).

Con lo que respecta a la calidad de atención brindada por el médico familiar en el grupo con control prenatal fue el 50.86% adecuada, el 26.78% regular y 22.12% deficiente.

Este resultado nos muestra que a pesar de existir un buen porcentaje de atención médica, esta no se está realizando en un forma uniforme que posiblemente sea debido al exceso de trabajo que impide proporcionar una buena atención prenatal.

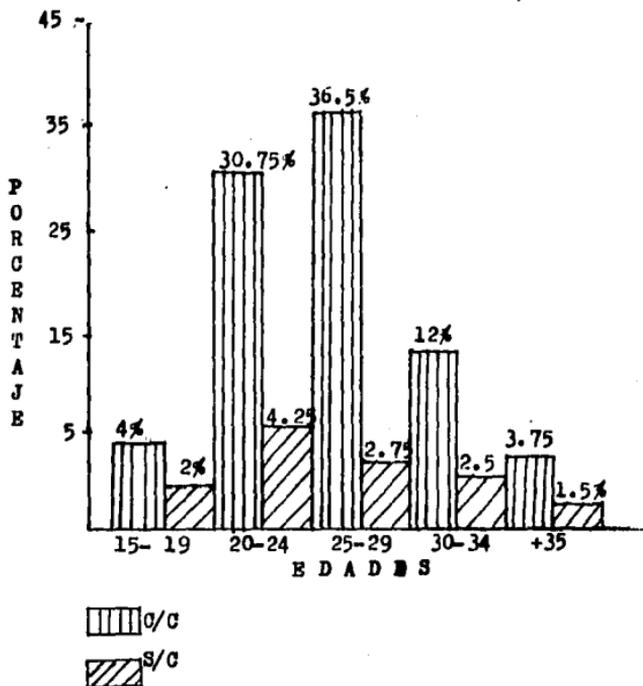
## CONCLUSIONES

- 1.- La morbilidad perinatal continua siendo alta en hijos de madres que no acudieron a control prenatal.
- 2.- La morbilidad-materna es considerablemente importante en mujeres gestantes que no llevaron control prenatal.
- 3.- Un factor muy importante en la morbilidad materno-infantil son los diversos y complejos problemas socio-culturales y economicos, pero mas importante es la poca atencion medica que tiene la mujer durante el embarazo.
- 4.- No hubo morbilidad materna en ninguna mujer gestante y solo se presento un caso de eclampsia en el grupo sin control, lo que demuestra los avances logrados en el manejo de esta patologia.
- 5.- El control prenatal por parte del medico familiar es adecuada aunque es necesario que sea en forma uniforme, quizas por el exceso de trabajo se ve restringida la buena atencion prenatal.

### RECOMENDACIONES

- 1.- La frecuencia de la morbilidad materna-infantil en el periodo prenatal puede disminuirse aun más, o puede irse con un cuidado optimo, para esto es necesario que el médico conozca las condiciones de la madre y las del feto de manera completa.
- 2.- Es recomendable que exista una buena orientación -- por parte del medico familiar hacia su poblacion - derecho-habiente lo que facilita su trabajo con las pacientes sensibilizadas las cuales cooperan en su control y estudio, concientes de su estado fisiológico. Y al lograr estos objetivos se podran prevenir y disminuir a la vez las complicaciones durante la gestación-parto y puerperio fisiológico, disminuyendo así la morbi-mortalidad materno-infantil.

FIGURA No. 1  
 GRUPO DE EDADES EN PACIENTES CON Y SIN CONTROL  
 PRENATAL. H.G.2. No. 1  
 CD. OBREGON, SON. 1987.



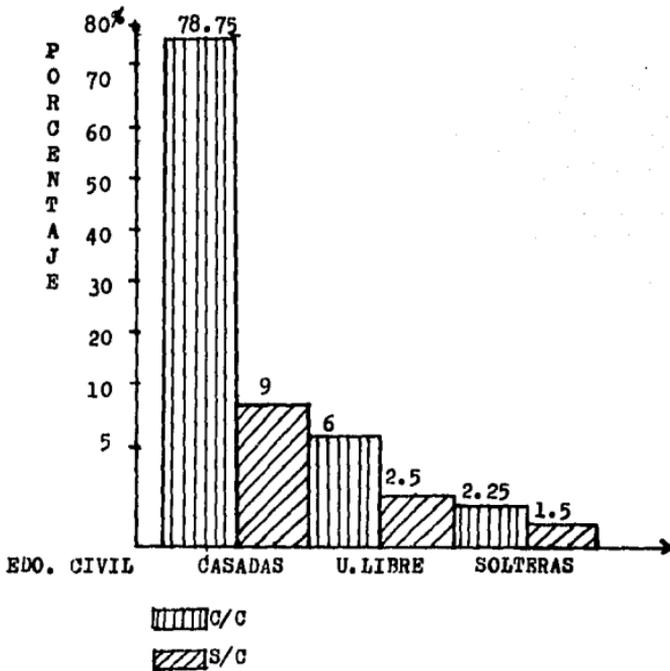
FUENTE: Encuesta Directa.

ESTA TESIS NO DEBE  
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

FIGURA No 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL  
PRENATAL EN LA U.M.F. No.1.

CD. OBREGON, SON. 1987.



FUENTE: Encuesta Directa.

FIGURA No. 3

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN EL

H.G.Z. No. 1

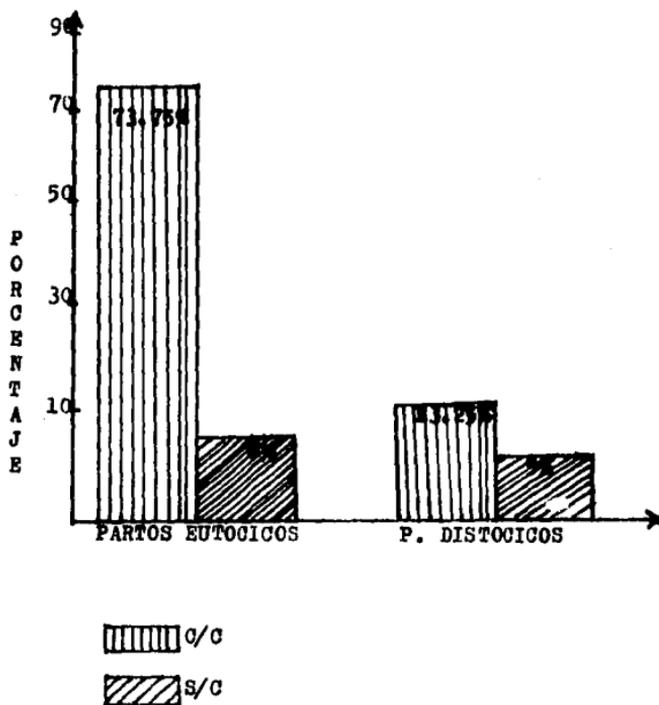
CD. OBREGON, SON. 1987.

GRUPO	CON CONTROL		SIN CONTROL	
	No.	%	No.	%
Analfabetas	2	2.8	4	7
Primaria incompleta	83	23.8	13	25
Primaria completa	150	43.1	20	38.5
Secundaria incompleta	60	17.2	8	15.3
Secundaria completa	41	11.7	7	13.5
Otros	12	3.4	-	-
Total	348	100	52	100

FUENTE: Encuesta directa.

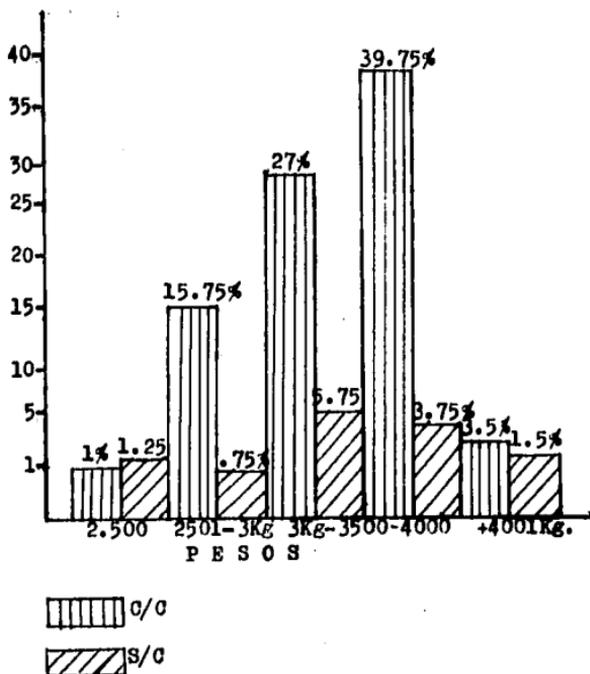
FIGURA No.4

TIPOS DE PARTOS EN PACIENTES GESTANTES CON CONTROL  
Y SIN CONTROL PRENATAL EN H.G.Z. No1.  
CD. OBREGON, SON. 1987.



FUENTE: Expediente Clinico

FIGURA No. 5  
 PESO DE RECIEN NACIDOS DE MADRES CON  
 Y SIN CONTROL PRENATAL. H. G. Z. No.1  
 CD. OBREGON, SON. 1987.



FUENTE: Expediente Clínico

**FIGURA No. 6**  
**SEXO DE LOS PRODUCTOS DE MADRES CON CONTROL**  
**Y SIN CONTROL PRENATAL EN LA U.M.F. No. 1**  
**CD. OBREGON SON. 1987.**

CON CONTROL			SIN CONTROL		
SEXO	NUMERO	%	NUMERO	%	TOTAL
Masculinos	123	35.35	13	25	136
Femeninos	225	64.65	39	75	264
TOTAL	348	100%	52	100%	400

**FUENTE: Expediente Clínico.**

FIGURA No.7

MORBILIDAD DE RECIEN NACIDOS DE MADRES CON  
CONTROL Y SIN CONTROL PRENATAL EN LA  
U.M.F. No. 1. CD. OBREGON SON.  
1987.

CAUSAS	CON CONTROL		SIN CONTROL		TOTAL
	No.	%	No.	%	
MACROSOMIA	1	20	3	23.0	4
DESNUTRICION IN UTERO	1	20	2	15.4	3
ISOINMUNIZA- CION	1	20	2	15.4	3
SUPRIMIENTO FETAL CRONICO	-	-	1	7.6	1
PREMATUROS	2	40	3	23.0	5
MALFORMACIONES CONGENITAS	-	-	2	15.4	2
TOTAL	5	100%	13	100%	18

FUENTE: Expediente Clínico.

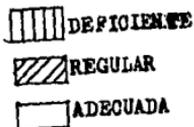
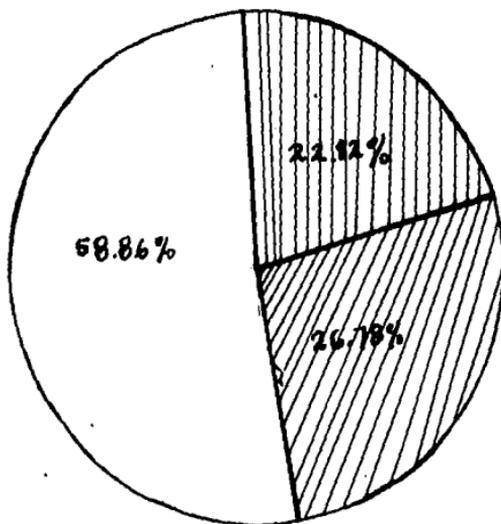
FIGURA No. 8

MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES CON  
Y SIN CONTROL PRENATAL H.G.Z. No.1  
CD. OBREGON, SONORA 1987.

C A S O S	CON CONTROL		SIN CONTROL		TOTAL
	No.	%	No.	%	
TOXEMIA LEVE	4	25	2	6.45	6
TOXEMIA MODERADA	1	6.25	3	9.67	4
ECLAMPSIA	-	-	1	3.23	1
CERVICITIS E INF. DE VIAS URINARIAS	3	18.75	7	22.6	10
HEMORRAGIAS	2	12.5	3	9.67	5
PRESENTACIONES ANORMALES	4	25.0	8	25.8	12
PARTOS PREMATUROS	2	12.5	3	9.67	5
DIABETES MELLITUS Y GESTACIONAL	-	-	4	12.9	4
T O T A L .	16	100%	31	100%	47

FUENTE: Expediente Clínico.

FIGURA No. 9  
CALIDAD DE ATENCION PRENATAL EN PACIENTES  
GESTANTES DE LA U/ M. F. No.1  
CIUDAD OBREGON, SONORA 1987.



FUENTE: Expediente Clinico.

HOJA DE CALIFICACION

NOMBRE \_\_\_\_\_  
No. AFIL \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
MED/FAM \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_  
EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO:

EUTOCICO SI NO  
DISTOCICO SI NO PORQUE \_\_\_\_\_  
CESAREA SI NO PORQUE \_\_\_\_\_

APGAR I' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_ 10' \_\_\_\_\_

MORBILIDAD MATERNA: SI NO CUAL \_\_\_\_\_  
MORBILIDAD INFANTIL: SI NO CUAL \_\_\_\_\_  
MORTALIDAD MATERNA: SI NO CUAL \_\_\_\_\_  
MORTALIDAD INFANTIL: SI NO CUAL \_\_\_\_\_

EXISTIO CONTROL PRENATAL: SI NO  
SI EXISTIO, CUANTAS CONSULTAS \_\_\_\_\_ GESTA \_\_\_\_\_  
ADECUADO: SI NO PARA \_\_\_\_\_  
NO, PORQUE? \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_  
PESO DEL PRODUCTO \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.-Louis M.Hellman. Williams Obstetricia. Segunda Edición Editorial Salvat México D.F. 1980-
- 2.-González A., Gustavo. Atención Prenatal. Gineco-Obstetricia. A.M.H.G.O. No.3 I.M.S.S. Mendez Oteo Editorial. Segunda Edición 1984. pp. 79-86.
- 3.-Taylor E.Stewart. Obstetricia de Beck. Decima Edición Editorial Interamericana 1978. pp 119-124.
- 4.-Tobias G.A y Lee K. Medidas preventivas en la vigilancia Prenatal y Consulta Ginecologica. Bol. Méd. del -- I.M.S.S. Vol. 16 No5 Pág. 183 1974.
- 5.-Burrow N.Gerard. Mortalidad Perinatal. Complicaciones - Médicas Durante el Embarazo. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. Pas.78.
- 6.-Benson C.Ralph. Embarazo de Alto Riesgo. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. Editorial Manual Moderno México 11 D.F. 1979. Pág. 596.
- 7.-Atencion Materno Infantil. I.M.S.S. Subdirección Médica Pág.34-36. 1975.
- 8.-Disminución de la Mortalidad Perinatal. Programa básico del I.M.S.S. pag.56-57. Dio 1982.
- 9.-Velvl Shor-Pinsker. Condición Socioeconomica y Evolucion Perinatal. Rev. Gaceta Medica de Méx. Vol.115 --- pág. 166. 1979.
- 10.-Septiem, G. J. Atención Materno Infantil Integral. --- El Medico 1975 (26) pág.345-49-

- 11.- Atención Médica Prenatal. Manual de Normas y Procedimientos Obstetricos del I.M.S.S. págs.31-32- 1986.
- 12.- Mac. Gregor C Karohemer S. Concepto de la Regionalización del Manejo Obstetrico y Neonatal. Rev. Gaceta Méd. de Méx. vol. 115 pag. 161 -64. 1974.
- 13.- Villalobos M. Mac. Gregor C. Identificación del Alto Riesgo Prenatal III. Predictores Optimos. Rev. Gineco Obstet. de Méx. Vol. 45 No 271 Pág. 343-344 Nov. 1979.
- 14.- Valle A. Vigilancia Prenatal. Unidad 3 Cisolso IX-X de la U.N.A.N. Pág.343 a 345. Marzo del 1983.
- 15.- Flores A. Tejero T. Analisis de 100 Caso de Muerte Perinatal. Rev. Ginec. Obsteto. de Méx. Vol.54 Mayo 1985.
- 16.- Atención Prenatal. Breviario de Atención Obstetrica para Reducir la Mortalidad Materna. Subdirección General Médica. I.M.S.S. Pág. 7-8- 1985