

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

91
28j

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" 'EDTE. LAZARO CARDENAS'
CHIHUAHUA, CHIH.

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
GENERAL PRESIDENTE "LAZARO CARDENAS"
DEL I. S. S. S. T. E. CHIHUAHUA, CHIH.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

LA C. MARIA DEL SOCORRO MEJIA HERRERA

CHIHUAHUA, CHIH.. 1995

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).

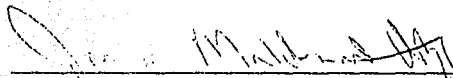
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
GENERAL PRESIDENTE "LAZARO CARDENAS" DEL
I.S.S.T.E. CHIHUAHUA, CHIH.**

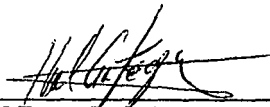
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

LA C. MARIA DEL SOCORRO MEJIA HERRERA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER MALDONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA
Jefe del departamento de medicina familiar
jefatura de servicios de Enseñanza
ISSSTE



**CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
GENERAL PRESIDENTE "LAZARO CARDENAS" DEL
I.S.S.S.T.E. CHIHUAHUA. CHIH.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR PRESENTA :

LA C. MARIA DEL SOCORRO MEJIA HERRERA

AUTORIZACIONES

~~DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ~~
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

~~DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA~~
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

U.N.A.M.

CADA RECIEN NACIDO viene a decirnos que Dios todavía no se decepciona del hombre.

-Rabindranath Tagore.

"DEDICATORIA"

A LA MEMORIA DE MI PADRE DON MANUEL, A MI MADRE, A MI
ESPOSO, A JORGE RAFAEL MI HIJO, Y A MI HERMANO MANUEL,
POR EL AMOR TAN INMENSO QUE NOS UNE.

A ALEJANDRA, ROSY Y MANOLO.

DRA. MA. DEL SOCORRO MEJIA HERRERA.

AGRADECIMIENTO

A MI PADRE DIOS POR TODO LO
QUE ME HA DADO EN LA VIDA.

A MI MADRE Y A MI ESPOSO RAFAEL,
QUE CON SU TERNURA Y COMPRENSION,
ME AYUDARON EN TODO MOMENTO.

A ERIKA Y OMAR, POR EL TIEMPO
PRECIOSO QUE LES ROBE DE SUS
PADRES LUZ ESTHER Y ALFREDO,
QUE COMPARTIERON SU EXPERIEN-
CIA Y CONOCIMIENTO CONMIGO,
DIA A DIA.

A LAS DOCTORAS: MAGDALENA
HERNANDEZ Y MA. DE LOS ANGE-
LES VARELA, POR SU APOYO IN-
CONDICIONAL EN LOS MOMENTOS
DIFICILES.

DRA. MA. DEL SOCORRO MEJIA HERRERA.

INDICE

Introducción.....	1
Marco Teorico.....	2
Planteamiento del Problema.....	16
Justificación.....	16
Hipótesis.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Material y Métodos.....	17
Resultados.....	18
Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.....	21
Tablas Mostrando Porcentajes.....	24
Bibliografía.....	32

INTRODUCCION

El Control Prenatal constituye el mecanismo más importante para lograr la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Dentro de los aspectos en los cuales la atención primaria es determinante, representa el pilar fundamental en el cuidado del binomio madre-hijo, y de su nivel de calidad depende el futuro de la salud del mismo.

Buscando conocer cuál es el nivel de calidad de dicha atención se realizó una investigación documental tomándose los parámetros que se utilizan para determinarla en el Centro de Salud Isabel II, de Parla, España y en los cuales se incluyen la fecha de captación de la mujer embarazada, el número de veces que acudió a consulta, existencia y características de llenado de la Historia clínica, exploración física y pruebas complementarias.

De las 61 pacientes cuyos expedientes se realizaron solamente 21 tenían historia clínica y en cantidades los datos correspondientes a exploración física y exámenes complementarios.

Estos hallazgos nos inducen a sugerir un mejor control en la calidad de la atención a la embarazada y a la utilización obligatoria de la Historia Clínica Prenatal simplificada.

Así mismo realizar un mismo proceso de evaluación en forma periódica, utilizando información cruzada con la satisfacción de los usuarios.

MARCO TEORICO.

Aunque el embarazo y el parto son procesos naturales, de ningún modo están exentos de riesgo. En los países en vía de desarrollo, para más de medio millón de mujeres cada año, las complicaciones surgidas durante o poco después del embarazo resultan mortales, mientras que muchos millones más de mujeres padecen una mala salud aguda o crónica, hoy en día la mayoría de los fallecimientos maternos sucede en zonas en vías de desarrollo.

Al rededor de un 13% de los nacimientos que se producen a nivel mundial tienen lugar en los países desarrollados, pero solo ocasiona un 1% de las muertes maternas. Sin embargo, tan solo cien años atrás, el embarazo y el parto eran tan peligrosos en Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos como lo son actualmente el Bangladesh, Bolivia y Guinea. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, se producían más de 500 fallecimientos maternos por cien mil nacimientos vivos hasta bien entrados los años treinta. En 1920 en los Estados Unidos, la mortalidad materna era de 18 fallecimientos por cien mil nacimientos vivos.

En épocas anteriores, las cifras eran verdaderamente escalofrantes. En la Suecia del siglo XVIII, la mortalidad materna era más de mil fallecimientos por cien mil nacimientos. La muerte materna afectaba del mismo modo a ricos y pobres.

Martin Lutero, reformador del siglo XV escribió: "Las mujeres deben quedarse en casa, estar quietas, realizar sus labores y dar a luz y educar a sus hijos. No importa que una mujer se agote y, al final, muera al dar a luz. Dejad que se muera-para eso está".

Los sentimientos de Lutero expresan la percepción común de la situación de inferioridad de las mujeres en la sociedad y en la inevitabilidad de la muerte durante el embarazo y el parto. Hasta el siglo XX, era una realidad de la vida con la que las mujeres y sus familiares simplemente se tendrían que conformar. En muchas culturas, el fatalismo acompañante se refleja en el folklore y los mitos populares. Por ejemplo, cuando se acercaba la fecha de parto, las madres tanzanas se despedían de sus hijos mayores, diciéndoles: "Me voy al mar a buscar un nuevo bebé, pero el viaje es largo y peligroso y puede que no vuelva."

En el periodo virreinal en la Nueva España el embarazo y el parto fueron considerados como condiciones absolutamente naturales, y ya que contrastaba con la que se tenía en la época prehispánica, donde las divinidades tenían una importante intervención. La obstetricia fue vista con un afán de desprecio por los médicos académicos, la consideraban una profesión denigrante por lo que su práctica fue relegada a las parteras quienes fueron calificadas de ignorantes y vulgares, aunque la realidad fue que dominaban muy bien su arte, el arte de la obstetricia, independientemente de que participaran de una serie de costumbres populares y supersticiosas.

A fin de tener un embarazo tranquilo y un parto exitoso, tanto como la partera como su paciente realizaban una serie de prácticas que podemos enmascarar dentro del ámbito religioso o de la superstición.

Dentro del ámbito religioso se valieron de las oraciones y novenas fundamentalmente. Tanto como la partera y la paciente recurrían a medios similares, la mujer embarazada acudía a las estampas, pinturas, reliquias, esculturas y oraciones. La partera ponía en el abdomen de la parturienta diversos objetos, como escapularios, rosarios y medallas. Así mismo, hacía comer a su paciente una oblea o papel que contenía una jaculatoria conocida como "Las palabras de la Virgen". Esta oración también se podía encontrar escrita en una faja con listones que colocaba en el vientre de la paciente. El texto decía: "En tu concepción, oh Virgen María, fuiste inmaculada; ruega por nosotros al Padre, cuyo hijo diste a Luz, con lo anterior el embarazo y el parto no tendrían dificultad alguna.

Por otra parte, los Santos protectores de las embarazadas fueron numerosos: San Félix de Cantalicio, Santo Domingo de Siglas, San Carlos Marromeo y San Ramón Nonato, siendo este último el más venerado. El novenario especial para San Ramón Nonato se publicó en la Nueva España de 1780 y recomendaba para tener un feliz parto que durante todo el embarazo, una vez por mes, era necesario ir a visitar la capilla del Santo, en el convento de la Merced. Ahí rezarían diez Padres Nuestros, diez Aves Marías, diez veces el Gloria Patri y por último la oración de San Ramón Nonato, donde le pedían que la criatura naciera con vida. En el noveno mes de embarazo, la oración se hacía durante nueve días.

Dentro de las practicas de caracter supersticioso, se evitaban o prohibian ciertas costumbres. Por ejemplo, la mujer embarazada no comia pescado, ni guisaba con chile, pues de hacerlo, el niño naceria leproso, o como se le llamo en el virreinato lazarinero. Por otra parte, si presenciaba un eclipse, el producto naceria con labio leporino o cucho, como entonces se decia. Asi mismo, si el parto se complicaba lo primero que se venia a la mente del personal medico era que la parturiente no se le habia cumplido algun antojo, de un producto comestible, por lo que era necesario llevarselo de inmediato a fin de facilitar el parto. De igual manera, las mujeres embarazadas tenian que pedir todo lo que deseaban comer, pues de no hacerlo podian abortar.

Esta creencia fue común en Europa, a diferencia de las anteriores que tienen un origen prehispánico y algunas de ellas subsisten hasta la actualidad. Otra creencia totalmente supersticiosa fue el recurrir al uso de la piedra imán, con el fin de ayudar a la continuidad del embarazo. En la Nueva España se decía que la embarazada la tenía que llevar consigo, no importando donde; sin embargo, en España se creía que solo era efectiva si se llevaba debajo de la axila. La creencia de que ciertos objetos pueden sanar las enfermedades o prevenir accidentes siempre a estado muy arraigada en el ser humano y la piedra imán fue un amuleto al que se atribuyó un poder de protección.

A lo largo del embarazo la mujer era cuidada por la partera y su ayudante, denominada la tenedora.

Por lo regular, el parto se llevaba a cabo en la casa de la parturienta. La posición más común para el alumbramiento era de rodillas, asidas a una cuerda pendiente del techo de la habitación. Para auxiliar a la parturienta, la partera se colocaba delante de ella y la tenedora a su espalda, ambas haciendo presión sobre el vientre, posteriormente se adoptaron otras posiciones, por ejemplo: sentada en una silla especial, que se llevaba a la casa de la parturienta esta última posición era la que se utilizaba en Europa; la primera, tenía origen prehispánico. La posición horizontal se empezó a utilizar en el siglo XIX.

Para las mujeres españolas que no querían dar a luz en su propio domicilio, esto debido a que eran madres solteras o porque no deseaban conservar con ellas a su hijo se creó en mayo de 1774 un Departamento de Partos Ocultos, ubicado dentro del Hospicio de Pobres, era una Clínica de Maternidad que cuidaba el decoro y honor de las familias.

En dicho Departamento la discreción fue absoluta ya que los internos no se podían ver entre sí, así mismo, el personal que ahí laboraba juraba guardar el secreto sobre las pacientes que llegaban. La mujer gestante ingresaba al Departamento de Partos Ocultos con un velo en el rostro con el fin de no ser reconocida por nadie, mismo que podían conservar durante toda su estancia o solamente a la hora del parto. Su nombre quedaba registrado solo en el libro que tenía el confesor. Todo esto nos hace ver que verdaderamente se cuidaban las apariencias. Las madres podían llevarse a los recién nacidos, si así lo deseaban o bien, los podían dejar en la Casa Real de Expositos.

Con la creación de ese Departamento disminuyó considerablemente la muerte de niños no deseados. Las parteras amonestaban a la madre soltera y a sus familiares. No era lícito dar muerte a la criatura, las fuentes consultadas mencionan que esto no se perdonaba ni aún en el caso de que el recién nacido fuera deforme. Si este era el caso, la partera tenía la obligación de llamar al cura para que el decidiera si la criatura debía bautizarse. La partera sólo podía bautizar al producto cuando sus padres lo quisieran matar o cuando corriera el riesgo de morir. Esto se sabía si la criatura nacía sofocada, sin llorar, si estaba difícil o si el alumbramiento se daba antes de los siete meses de gestación.

En el virreinato la obstetricia fue practicada por los parteros, aunque su ejercicio no estuvo reglamentado, fue hasta el siglo XVIII cuando tuvieron obligación de presentar un examen para ejercer ante el tribunal del protomedicato, organismo autorizado para vigilar el ejercicio de la medicina.

Por lo regular, los parteros eran indios o mestizos. No contaban con estudio alguno, eran totalmente empíricos. Para ser reconocidos por la sociedad, solo bastaba tener algunos años de experiencia, su formación tenía como base la tradición prehispánica y se transmitía de forma oral, de generación en generación. La escuela era el ejercicio cotidiano. La partera tenía que ser de edad avanzada, casada ó viuda, nunca soltera y ser buena cristiana, confiaba más en los auxilios de Dios que en los de su arte.

En 1750 el rey Fernando VI dispuso que el Tribunal del Protomedicato expidiera títulos a parteros a fin de que pudieran ejercer, previo examen práctico: probar su limpieza de sangre y que eran mujeres de buenas costumbres, presentar su fé de bautismo, comprobar que tenían experiencia de tres años en el arte de la obstetricia. Si lo era casada tenía que presentar por

escrito el consentimiento de su esposo y se era viuda, correspondía al parroco certificar que era mujer honorable.

Con el fin de que las parteras tuvieran una mejor instrucción, el Real Tribunal del Protomedicato encargó al doctor Antonio Medina, examinador de ese mismo tribunal, que escribiera una cartilla, la cual se publicó en la Nueva España en 1806. Su título completo fue cartilla nueva y necesaria para instruirse las matronas que se llamaban vulgarmente comadres, en el oficio de partear.

La obra se integró de cuatro capítulos: 1} Identificación y cualidades físicas y morales de una comadre, 2} De la anatomía, 3} Del estado de la preñez y, 4} Del parto.

Entre los últimos años del siglo XVIII y los primeros del XIX, aparecieron otras publicaciones sobre el arte de la obstetricia, todas ellas de mucha importancia.

En lo que respecta a la operación cesárea se inició en la Nueva España hasta el siglo ;VIII, practicada siempre en mujeres fallecidas, por lo que su objetivo consistía en evitar que el producto, con vida o sin ella, se sepultara con la madre que ya había fallecido. También era primordial asegurar que los recién nacidos alcanzarán la vida eterna por medio del bautismo. Y tanto el virrey Bucareli como el arzobispo de México, Alonso Nuñez de Haro y Peralta, afirmaron a través de una circular expedida en 1772 que toda persona que se negara a realizar la operación cesárea sería castigada.

A partir de esta fecha, la operación cesárea postmortem fue vista con más tranquilidad, a ello ayudó la publicidad que se le hizo a través de un libro que apareció en la Nueva España, titulado la caridad del sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas, obra traducida del italiano al Español por Joseph Manuel Rodriguez.

Del libro se comentaba: "Tiene un objeto piadoso... la salud interna de los párvulos."

La operación cesárea la debían practicar los parteros, los facultativos o los párrocos. La publicación citada sugería como primer paso verificar que la

madre hubiera fallecido, en seguida extraer a la criatura del vientre materno y finalmente administrarle el sacramento del bautismo.

Para cumplir en el propósito anterior, el arzobispo Nuñez de Haro y Peralta dispuso por medio de un edicto que donde no hubiera persona pecular para hacer la operación cesárea, correspondía a los curas y vicarios elevar a cabo dicha tarea. Para ello debían comprar el citado libro.

Así mismo exhortar a todos los sacerdotes y regulares a que contribuyeran con sus persuaciones a desterrar el error con que comúnmente era vista la operación cesárea. Dicho edicto fue fijado en todas las parroquias del orzabispado.

A partir del 1850 la operación cesárea tuvo otros fines, no sólo asegurar la salvación externa del producto, por medio del bautismo, sino que fue un medio más para dar a luz, tal como la conocemos hoy en día; es decir, fue la extracción de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero.

El doctor Miguel Jiménez fue el primero en realizar dicha operación en México.

Actualmente, en los países desarrollados, el riesgo de fallecimiento durante el parto es muy bajo, siendo menos de 20 por 100.000 nacimientos vivos, por término medio. Este notable cambio ha surgido como resultado de un aumento en los conocimientos sobre el embarazo y sus complicaciones y, lo es más importante, la aplicación de estos conocimientos en el sistema de asistencia sanitaria materna en los cuales los cuidados prenatales, perinatales y postnatales, la planificación familiar y la asistencia en caso de aborto están al alcance de todas las mujeres.

Lamentablemente, las lecciones de la historia no se han aplicado con tanta facilidad en muchas otras partes del mundo, en las que demasiadas mujeres embarazadas o púerperas mueren antes del tiempo. En los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna ha sido identificada recientemente como un problema importante de la salud pública en gran medida como resultado del interés surgido después de la conferencia sobre la maternidad segura de 1987, celebrada en Nairobi. Fue esta conferencia la que alentó por primera vez a los planificadores y decisores internacionales en temas sanitarios sobre la cifra inaceptablemente alta de mortalidad y morbilidad materna.

La muerte materna se define como "El fallecimiento de una mujer durante los 42 días posteriores al final del embarazo, independientemente de la duración y localización del mismo, como consecuencia de cualquier causa relacionada con, ó agravada por el embarazo o su manipulación, pero no por causas accidentales o incidentales".

El indicador estándar de la mortalidad materna es la relación de muertes maternas respecto a los nacimientos vivos, una medida del riesgo asociado a cada embarazo o una evaluación alternativa en el riesgo individual, que determinara tanto el riesgo del embarazo como el riesgo de muerte durante el embarazo.

En algunas regiones de Africa, una mujer de cada 20 morirá como consecuencia de problemas derivados del embarazo. En cambio, tan sólo una mujer de cada 4.000 en los Estados Unidos y una mujer de cada 7.000 en el Norte de Europa sufrirá esta muerte prematura. Ningún otro indicador de salud, ni siquiera la mortalidad infantil, muestra una mayor discrepancia entre países desarrollados y en vías de desarrollo o entre países ricos y pobres. Las mujeres que fallecen se encuentran en la flor de la vida, son a menudo el pilar de la unidad familiar, con otros hijos a quien alimentar y educar. En terminos de desarrollo social y económico, la pérdida de estas mujeres es incalculable.

Hasta hace poco, uno de los motivos de esta desatención de la mortalidad materna era la dificultad técnica y socio cultural de sumar el número de mujeres que fallecen durante el embarazo y el parto. Se puede pensar que las muertes maternas son relativamente fáciles de detectar. Después de todo, el parto es una ocasión memorable y el fallecimiento durante el mismo incluso más. Sin embargo, en la práctica, este calculo está plagado de dificultades. Los fallecimientos que se producen durante las primeras etapas del embarazo, por ejemplo, como consecuencia de embarazo ectópico o por mala lidatídica, pueden ocurrir antes de que la propia mujer y mucho menos su familia más directa se dé cuenta de que está embarazada.

Los fallecimientos provocados por complicaciones relacionados con el aborto, sobre todo si éste es ilegal, se atribuyen a menudo a otras causas para proteger la reputación de la mujer y de la familia superviviente.

Los problemas son diferentes cuando se cuentan las defunciones maternas que se producen algún tiempo después del parto, pudiendo enmascarar la relación casual el lapso del tiempo transcurrido entre el parto y el fallecimiento.

El fuerte descenso de la mortalidad materna, que se inició poco antes de la segunda Guerra Mundial y se aceleró rápidamente a partir de entonces en los países desarrollados, coincidió con la introducción de mejoras en la asistencia al parto. Estas incluyeron mejores técnicas de asepsia, un uso más adecuado del fórceps para parto difícil y la disponibilidad de sulfonamidos.

Poco después, aparecieron técnicas en transfusión segura de sangre, mejores tratamientos para convulsiones eclámpticas y fármacos para el tratamiento de la hipertensión del embarazo. La sepsis obstétrica fue una de las primeras causas de fallecimiento materno en disminuir tanto históricamente en occidente como más recientemente en países en vías de desarrollo como Sri Lanka, dando la proporción de defunciones por sepsis desminuyó desde un 25% al 3% (excluyendo el aborto) en un período de unos 30 años.

En general, el ascenso en los fallecimientos por sepsis refleja una mayor calidad de la asistencia durante el parto y tasas más bajas de mortalidad por caso como consecuencia del uso más amplio de antibióticos. Sin embargo, la sepsis sigue siendo la segunda causa más frecuente de muerte en los países en vías de desarrollo y es responsable del 20% de las muertes maternas (excluyendo el aborto). En los partos en casa, la sepsis se produce frecuentemente como consecuencia de la entrada de gérmenes en el tacto genital vehiculizados por manos no lavadas o instrumentos no esterilizados durante el parto.

Una tarea más difícil es disminuir la mortalidad debida a hemorragia obstétrica. Se estima que un tercio de la mortalidad materna directa se debe a hemorragias. Para reducir la mortalidad por hemorragia postparto, se requiere un acceso, un acceso rápido a técnicas y centros en caso de producirse una urgencia, puesto que la hemorragia postparto mata rápidamente y es difícil de predecir.

Aunque se trata de complicaciones relativamente raras, la eclampsia y la preeclampsia son responsables de alrededor de un 15% de los fallecimientos maternos, ya que las tasas de mortalidad por caso son elevadas, se trata de un proceso misterioso y queda aún mucho por aprender sobre sus causas, métodos

de detección, etiología, prevención y tratamiento. Se observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y primíparas, pero es especialmente peligrosa si se produce en mujeres mayores.

La distocia por obstáculo mecánico se debe sobre todo a la desproporción pelvifática como consecuencia de la inmadurez física ó falta de desarrollo de la madre. Por otra parte, también puede deberse a una posición anormal del feto a una placenta previa.

Sin ayuda especializada (y esto significa en general la capacidad de realizar un parto por cesárea), una mujer con un parto distócico, como consecuencia de una obstrucción mecánica, fallece de hemorragia, rotura de útero, infección o simple agotamiento. También puede sobrevivir, pero solo para sufrir la forma más penosa de morbilidad obstétrica a largo plazo, la fistula obstétrica.

Se trata de una rotura de los tejidos que separan la pared vaginal de la vejiga o del recto. Las consecuencias de esta lesión son la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal (si está afectado el recto y la excoriación de la vulva como consecuencia de la fuja constante de orina y heces. La mayoría de las víctimas son muy jóvenes y primíparas. Casi siempre, el bebé nace muerto, estas mujeres a menudo son abandonadas por sus maridos.

Se sabe poco sobre la incidencia de embarazo ectópico, aunque muchos investigadores cuentan que va en aumento, probablemente debido a la creciente incidencia de enfermedad inflamatoria pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. No tratados, los embarazos ectópicos pueden provocar la muerte en cuestión de horas. A medida que disminuye la mortalidad materna global, el embarazo ectópico tiende a constituir un porcentaje cada vez mayor del total.

Respecto al acceso a la asistencia un estudio reciente realizado en los Estados Unidos reveló que se producían complicaciones (excluyendo el aborto) en una cuarta parte de todos los embarazos. En áreas donde predomina la pobreza, la desnutrición y la enfermedad, es probable que la incidencia de comolicaciones sea mucho mas alta.

Sin embargo, el que una mujer con complicaciones derivados del embarazo viva ó muera, depende de factores logísticos y del servicio sanitario. Las mujeres que viven lejos de Centro Médico ó aquellas a las que se les niega el

acceso a los mismos por motivos socioculturales o económicos no pueden beneficiarse de la asistencia que exigen las complicaciones obstétricas.

La importancia del acceso a una asistencia materna de calidad queda confirmada tanto por los datos históricos como por las cifras actuales de la mortalidad materna cuando la asistencia obstétrica es rechazada o no es disponible.

Existen muchas razones por las que las mujeres quedan privadas de la asistencia que necesitan. Las dificultades del terreno y sistemas de transporte inadecuado pueden hacer imposible el acceso, especialmente en época de climatología anversa. Es posible que no dispongan de medios para pagar la asistencia o los fármacos que necesitan. Pueden necesitar el permiso de su marido o de otro miembro responsable de la familia antes de poder solicitar ayuda.

Otras veces, las mujeres y sus familias retrásan el momento de buscar ayuda, simplemente porque no se dan cuenta de la gravedad de los signos y síntomas. La clave de una maternidad más segura se encuentra en una asistencia obstétrica de calidad para todas las mujeres. Sin embargo, a nivel mundial, poco más de la mitad de las mujeres dan a luz, asistidas por una persona con la formación adecuada.

El asistente ideal es una persona con conocimiento obstétrico que sea capaz de asistir partos normales no complicados y tratar la mayoría de las urgencias obstétricas. También la de saber en que momento debe remitir a la paciente a un nivel asistencial superior y puede proporcionar una primera asistencia obstétrica, como la sustitución de líquidos y un tratamiento antibiótico, de modo que la mujer con complicaciones llegue al hospital en una situación estable.

La asistencia obstétrica de calidad debe proporcionarse lo más cerca posible de la zona de residencia de tal mujeres. La asistencia prenatal, perinatal y postnatal será capaz de resolver satisfactoriamente la mayoría de las complicaciones obstétricas.

Aquellos casos que requieran un tratamiento adicional o una intervención quirúrgica, serán remitidas a un hospital de referencia de primer nivel despues

de un tratamiento inicial. Una asistencia obstétrica óptima también significa fijar y mantener normas de calidad.

Los factores del servicio sanitario que pueden influir en la mortalidad materna incluyen la falta de sangre para transfusiones, la escasez de fármacos y equipos, falta de personal y tratamiento inadecuado, incluyendo el pasar por alto síntomas, diagnósticos erróneos, no efectuar una exploración física, retraso en la instauración de la terapia y la falta de directrices claras en el tratamiento clínico.

El nivel cultural de la mujer aumenta las probabilidades de que una mujer busque asistencia prenatal durante el embarazo. Los elevados niveles de mortalidad materna en muchos países en vías de desarrollo también reflejan las injusticias existentes en la distribución de la atención sanitaria. Hace más seguro el ser madre y el ser mujer-significa proporcionar un cuidado prenatal y perinatal de calidad; asegurar el acceso a cuidados obstétricos para los embarazos de alto riesgo y las urgencias obstétricas.

Como promotor de la iniciativa por una maternidad segura, la O.M.S., intenta abordar estos problemas a través de la ayuda a los países a planificar, implementar y evaluar programas nacionales de maternidad segura. Ello implica una reevaluación de los servicios de maternidad existentes, una mejor coordinación entre las diferentes partes del sistema sanitario, mejores instalaciones y el desarrollo de recursos humanos, cambios en la legislación cuando constituyen una barrera a una mejor asistencia sanitaria materna. Estos cambios son esenciales, no sólo para la supervivencia de las mujeres de hoy, sino también para la salud de las generaciones venideras.

Existe en México una amplia gama de práctica médica y por lo tanto muy variadas relacionadas entre pacientes y los recursos médicos; más que una dicotomía entre medicina tradicional y medicina moderna, se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la medicina privada, a través de sus agentes: Médicos, cirujanos, homeópatas, hierberos, parteras, etc...

Así mismo el hecho de que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Servicios Coordinados de Salud Estatales, la Medicina Privada, la Tradicional y la doméstica, intervengan separada o conjuntamente,

da lugar a un complejo escenario donde se perfila claramente un sistema mixto de atención a la salud.

A partir de este panorama (válido más o menos en todo el País), cabe determinar las razones de la derivación del enfermo a una u otra práctica médica. Al respecto, deben tomarse en cuenta los factores económicos, sociales y culturales.

Al existir en México una amplia gama de prácticas médicas y, por lo tanto, muy variadas relaciones entre pacientes y los recursos médicos, que influyen en la derivación, así como saber quién, en el seno familiar, es el remitente y formula el primer diagnóstico y la primera acción terapéutica. La práctica demuestra también que los usuarios suelen demandar servicios en más de un ámbito, coordinado o complementado los recursos.

La significación de la medicina tradicional se orienta al alcance que tiene tanto cualitativa como cuantitativamente. Cabe señalar que en regiones muy alejadas de los centros urbanos, muchas veces es la única opción con que cuenta la población para enfrentarse al binomio salud-enfermedad. Algunos especialistas estiman que, por lo menos, 20 millones de habitantes la emplean como única posibilidad.

Las auditorías sobre programas de vigilancia prenatal en atención primaria ofrecen en su mayoría unos resultados muy satisfactorios.

La evaluación de la calidad de la atención médica, en el vocabulario administrativo se conoce con el nombre de productividad al número de atenciones profesionales que proporciona un médico durante una jornada de trabajo. Atención profesional es la investigación médica del padecimiento de la persona que consulta con el objeto de producir su bienestar.

La obtención de la calidad de la atención médica es multidisciplinaria y multifactorial. En principio debe someterse a un esquema normativo real (no imaginario) que debe ser conocido por todos los participantes, disponer de recursos que permitan su ejecución, contar con un comité de evaluación de la calidad que verifique periódicamente su operatividad.

Los expedientes clínicos sin el material que debe revisarse sistemática y objetivamente para hacer la evaluación de esta calidad y tiene por objeto

detectar las omisiones y los errores, aplicar los criterios establecidos para corregirlos y en ningún caso utilizarlos como instrumentos de sanciones o fiscalización.

No depende exclusivamente del médico la calidad del producto ni la satisfacción del solicitante, de acuerdo con los estudiosos de la materia intervienen muchos factores para lograr el objetivo.

El médico no es un brujo ni un charlatán que haga invocaciones en el desierto para lograr la curación, su trabajo sólo es la columna vertebral de un organismo complejo que requiere completarse con múltiples elementos, los que deben integrar la estructura mínima de la atención mínima de la atención médica en todo el hospital, son los siguientes: Recursos Humanos que comprenden: personal administrativo, de enfermería, laboratorio y gabinete, trabajo social, etc., especialistas para interconsultas: Cardio-Vascular, urología, proctología genética, colposcopia, perinatología, etc., etc., y recursos materiales que son: sala de espera, consultorios amueblados y limpios, tener la disposición instrumentar y equipos modernos, cardiotocografía, electrocardiografía, ultrasonografía además de reactivos y equipos para laboratorio, que sería prolijo enumerar.

La estructura de la Historia clínica que sirve oficialmente de parámetro nada tienen de novedosa, nos ha sido enseñada desde los primeros años de la carrera; este documento tiene la mala suerte de ser ignorado parcial o totalmente.

LA EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.

Para brindar una atención de excelencia en el área de la salud se requiere la conjugación armónica de múltiples factores que se relacionan sistemáticamente con el usuario, individuo o grupo de individuos a quienes se debe la existencia de las instituciones de seguridad social y para quienes existe toda una infraestructura de la que, en muchísimas ocasiones, son ellos origen, sustento y motivo de permanencia y evolución.

Desde el punto de vista teórico nuestra premisa se siente clara y tal vez no habría lugar para especular acerca de las razones por las que ésta atención de excelencia en los servicios de salud se proporciona con una claridad poco

perceptible, en el mejor de los casos, mal percibida, en una buena parte de ellos, francamente mala y así percibida.

"La sistematización de la atención médica en forma razonablemente detallada y en ambos sentidos, prestador del servicio/usuario y viceversa, ha propiciado el sentimiento general de que cada tramo que se gana en tecnología, se pierde en el humanismo".

Con el fin de detectar la calidad en el seguimiento de la paciente embarazada en el Hospital General Presidente Lázaro Cárdenas del ISSSTE Chihuahua, se tomaron los parámetros del Protocolo establecido en el Centro de Salud de Isabel II de Parla, España. Se valoraron 23 indicadores agrupados en cinco apartados.

Captación: Edad gestacional en la primera visita menor de 13 semanas.

Historia Clínica: Recogida de antecedentes familiares y personales (médicos y obstétricos), fecha de última y fecha probable de parto.

Periodicidad de las visitas: Mensual hasta la semana 32, quincenal de la 32 a la 36, y semanal de la 36 hasta el parto.

Exploración: Talla y exploración ginecológica (primera visita); peso, existencia de edemas y tensión arterial (en todas las visitas); medición de la altura del fondo uterino (a partir de la semana 28).

Pruebas complementarias: Examen General de orina (mensual), hemograma y bioquímica (trimestral), grupo sanguíneo y Rh (primera visita), serología lúes, ecografías (al menos dos, en el primer y tercer trimestre).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cual es la calidad de la atención prenatal que se brinda a las embarazadas usuarias del servicio en el primer nivel de atención del Hospital Lazaro Cardenas del ISSSTE de Chihuahua.

JUSTIFICACION

Conocer la calidad de la vigilancia prenatal, identificar y analizar las deficiencias, proponer medidas correctoras y comprobar su eficacia monitorizando los cambios.

HIPOTESIS

Las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal en medicina familiar reciben una buena calidad de la atención de acuerdo a los parámetros del grupo de valoración del Centro de Salud de Isabel II de Parla Madrid.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de la vigilancia prenatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Mejorar la asistencia a la embarazada
- b) Fortalecer el programa del control prenatal en base a los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de determinar la calidad del control prenatal, que se proporcionara en el Hospital General Pte. Lázaro Cárdenas se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional acerca de algunos parámetros fundamentales en el control prenatal como son:

Grupos de edad, edad gestacional que se capturó por primera vez la paciente, número de veces que acudió a control, elaboración o no de estudio clínico y edad gestacional en que se realizó por primera vez peso, T/A, altura fondo úterino, frecuencia cardíaca la detección de edemas, el examen general de orina, la biometría hemática, el V.D.R.L., el H.I.V., la glucemia y la sonografía; y el número de veces que se realizarán. Y si se aplicó o no vacuna antitétánica.

Se diseñó una base de datos para la captura con el programa foxpro v.2, se analizó la base de datos con el paquete estadístico S.S.P.S. en base a determinación de frecuencias.

RESULTADOS.

De los 61 expedientes revisados de derechohabientes embarazadas, se encontró que el 72% (44 pacientes) corresponden a los grupos de edad de 25 a 34 años, llamando poderosamente la atención, 4 pacientes (6.6%) menores de 20 años.

La captación de primera vez en el 44.3% de los casos (27) fué en las primeras 12 semanas de embarazo, y el resto después habiendo 2 que acudieron hasta las 38 semanas.

Solamente una persona consultó en 9 ocasiones, siendo la mayor frecuencia 15 personas (24.6%) que acudieron 4 veces y 3 (4.9%) que no lo hicieron nunca. De las 6 pacientes estudiadas solamente 21 (34.4%) tenían historia clínica, la cuál se había elaborado en 5 pacientes en la octava semana, 3 en la 22a. semana y el resto distribuidas en toda la etapa gestacional.

A 6 pacientes nunca se les pesó. A 19 pacientes (31.14%) se les tomó el peso dentro del primer trimestre del embarazo a otras 19 se les tomó por primera vez durante el segundo trimestre y a 17 (27.9) en el tercer trimestre.

Solamente 2 pacientes se pesaron en 8 ocasiones, mientras que a 14 (23%) se le tomó el peso 4 veces y a 7 (11.5%) nunca se les tomó.

Respecto a la tensión arterial, a 5 pacientes (8.2%) nunca se les midió durante su consulta. A 19 pacientes (31.14%) se les midió dentro del primer trimestre del embarazo. A 19 pacientes durante el segundo trimestre y 18 (29.5%), en el tercer trimestre. A 16 pacientes (26.2%) se les tomó la presión de 1 a 2 veces, a 25 pacientes (41%) de 3 a 4 veces, a 13 pacientes de 5 a 6 veces y a 2, de 7 a 8 veces.

Se encontró que solamente a 12 pacientes (19.7%), se les midió la talla.

El fondo úterino no se midió en 17 pacientes (27.9%) y en 4 (6.5%), se midió durante el primer trimestre del embarazo. En 15 pacientes (24.6%) se midió en el segundo trimestre y en 25 (41%) en el tercero.

De las pacientes en las cuales se midió el fondo úterino, en 26 (42.6%) se realizó de 1 a 2 veces, en 16 (26.2%) de 3 a 4, en 16 (26.2%) y solamente en 2 pacientes de 6 a 8 veces.

La frecuencia fetal no se tomó en 13 pacientes (21.3%), a 2 se les tomó durante el 1er trimestre, a 23 (37.7%) en el segundo y a 23 (37.7%) durante el tercer trimestre.

A 21 pacientes (34.4%) se les midió el foco fetal de 1-2 veces durante el embarazo, en 23 (37.7%) de 3 a 4 y solamente a 4 (6.5%) de 5 a 6 veces.

A 16 pacientes (26.2%) no se les investigó edema de miembros inferiores, en 32 (52.45%) se llevó a cabo en menos de 3 ocasiones, en 11 (18.3%) de 4 a 5 veces y solamente en 2 (3.27%) de 6 a 8 veces.

Solamente a 4 pacientes (6.6%) se les tomó citología vaginal durante el control prenatal, que se realizó, a una, en el primer trimestre y a tres en el segundo.

El examen general de orina se practicó en 49 pacientes (80.3%) de las cuales a 12 se les realizó durante el primer trimestre, a 22 (36%) en el segundo y a 15 en el tercer trimestre (24.6%).

Biometría hemática se le realizó a 50 pacientes (82%), mientras que a 11 nunca se le realizó (18%). A 13 pacientes (21%), se les practicó durante el primer trimestre, a 19 (21.3%) en el 2do. trimestre y a 18 (29.5%) en el 3er. trimestre.

Respecto al grupo sanguíneo se realizó en 49 pacientes (80.3%), de las cuales, en 11 casos se realizó durante el primer trimestre, en 20 (33%) en el segundo y en 18 casos en el tercer trimestre (30%). En 12 casos (19.7%) nunca se realizó.

El V.D.R.L. se practicó a 43 pacientes (70.5%) . A 11 pacientes (18%), durante el primer trimestre, a 20 durante el 2do. (32.7%) y a 12 en el 3er. trimestre (19.7%). En 18 (29.5%) nunca se practicó.

El H.I.V. se practicó a 35 (57.4%), en 6 casos en el 1er. trimestre (9.8%), a 18 en el segundo (29.5%) y a 11 pacientes (18%) en el tercero. A 42.6%, (26 pacientes) no se les practicó.

La determinación de glicemia no se realizó en 14 pacientes (22.0%), en 14 se realizó en el primer trimestre, en 17 en el segundo y en 16 en el tercer trimestre.

De las pacientes que se les realizó glicemia, en 41 (67.2%), solamente se realizó en una ocasión. A 6 pacientes se les realizó en más de una ocasión

La sonografía no se realizó a 47 pacientes (77%) y a las 14 pacientes restantes se les practicó dentro del primer trimestre del embarazo.

La vacuna antitetánica solamente se le aplicó a una persona (1.6%) mientras que a 98.4% (60 pacientes) no se les aplicó.

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La atención materno infantil constituye una prioridad dentro de los programas de salud del mundo entero. Del cuidado del binomio madre-hijo depende en gran medida el bienestar de una Nación, razón por la cual todo el personal de salud debe dirigir sus esfuerzos a lograr un alto nivel de calidad en este rubro.

Las normas de calidad en atención prenatal se encuentran contempladas en todos los ámbitos del Sector Salud, sin embargo su falta de conocimiento y de aplicación en las áreas operativas constituye un problema fundamental.

En el presente estudio, que se realizó en una Unidad donde se cuenta con el primero y segundo nivel de atención, en base a revisión de expedientes, se encontró en una gran cantidad de aspectos, bajos porcentajes en la cuantificación de la atención, que nos permiten darnos cuenta de las deficiencias de funcionamiento que condicionan un inadecuado control prenatal, con las consecuencias que ello conlleva.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de atención durante el embarazo, parto y puerperio, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 23 de octubre de 1993, en la que se establecen los criterios para vigilar la salud de la mujer y el recién nacido y en el que se indica que la embarazada debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales iniciándose en el primer trimestre, encontramos que en nuestro estudio, solamente en el 44.3% de los casos se presentó esta situación y la mayor frecuencia (24.6%) corresponde a personas que acudieron 4 veces.

Este aspecto implica la deficiente educación para la salud del grupo de mujeres en edad reproductiva, a pesar de que su nivel socioeconómico y educativo puede considerarse de nivel medio. En este aspecto, una gran parte de la responsabilidad recae en el personal de salud, que carece también de esta cultura de prevención.

El médico familiar debe ser el puntal de la adquisición y transmisión de esta cultura tanto a su grupo familiar, como al resto del personal de salud y además el pilar en el que se fundamenten todos los programas de atención materno infantil, ya que junto con la paciente es el personal del equipo más importante, el de primero y en ocasiones único contacto con la mujer embarazada.

Dentro de las actividades que se deben realizar para detectar el riesgo obstétrico se encuentra la elaboración de historia clínica, que en nuestro caso, solamente se realizó en 21 pacientes y solo en 5 de ellas, durante el primer trimestre del embarazo.

Este parámetro fundamental que fue soslayado en el 66% de los casos, nos permite afirmar que en las pacientes que acudieron a control prenatal, éste se llevó a cabo en forma defectuosa.

Igualmente llama la atención que otras mediciones como el peso, la tensión arterial, la talla, la medición del fondo uterino, el feto fetal y la exploración física, no son realizadas en forma rutinaria a todas las embarazadas, siendo los únicos mecanismos que existen para la detección de problemas en el binomio, ya que toda exploración por métodos tecnológicos avanzados queda supeditada a una adecuada exploración clínica.

Los exámenes de laboratorio fundamentales de la misma manera no se realizaron en todas las pacientes y en ningún expediente se encontró referencia a la orientación sobre lactancia materna, exploración mamaria o cuidados específicos durante el embarazo.

También llama la atención que la sonografía no fué tomada en forma rutinaria y en los casos en los que se hizo, solamente fué con finalidad diagnóstica y en ningún caso como seguimiento por haberse detectado algún problema que lo requiriera.

La vacuna antitetánica solamente se le aplicó a una persona, este aspecto también es un buen indicador de la falta de educación sanitaria, tanto de la población derechohabiente, como del personal de salud, ya que a la vez que no se promueve, ni siquiera por el departamento de Medicina Preventiva, el personal en ocasiones es reacio e incluso recomienda en contra de su aplicación a las derechohabientes que refieren alguna inquietud al respecto. De la misma manera, la embarazada no acude a su aplicación en los contados casos en los que el médico la recomienda.

Dados los resultados de este estudio y considerando que lo más importante de una evaluación de la calidad de la atención es detectar problemas y proponer alternativas de solución, se propone la utilización de la historia clínica prenatal

simplificada en forma obligatoria en el 100% de las pacientes embarazadas que acudan a control prenatal.

La aplicación de este formato deberá ir precedida de una capacitación que incluya no solamente a los médicos de primer nivel, sino al personal de enfermería que se encuentre en relación con el área de materno infantil y consulta externa; al personal de Medicina Preventiva, Trabajo Social, Psicología, Odontología y Nutrición, con el fin de formar un verdadero equipo multidisciplinario para la atención de la mujer embarazada.

Igualmente es de primordial importancia la participación activa en el seguimiento y evaluación del programa, de los directivos, tanto de mandos medios como superiores, porque de ellos depende la voluntad política para la implementación de los programas de salud.

También es indispensable la difusión adecuada a todos los niveles de la población, de los programas de autocuidado de la salud, que le permitirán, a la vez que mejorar su calidad de vida, convertirse en monitores de la calidad de la atención médica y además actores activos de su propio bienestar.

Cuadro No. 1
Distribución según grupo de edad
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Grupos de Edad	Número	%	% Acumulado
15-19	4	6.6	6.6
20-24	7	11.5	18.1
25-29	19	31.1	49.2
30-34	25	41.0	90.2
35-39	4	6.6	96.8
40-44	2	3.2	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.-revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 2
Captación de los pacientes por primera vez según edad gestacional
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Edad Gestacional (Semanas)	Número	%	% Acumulado
0-12	27	44.3	44.3
13-24	19	31.1	75.4
25-38	15	24.6	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.-Revisión de expedientes muestreados

Cuadro No. 3
Distribución según número de veces que acudieron a control
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Nro. de veces que acudieron a control	Número de pacientes	%	% Acumulado
0	3	4.9	4.9
1	4	6.6	11.5
2	7	11.5	23.0
3	10	16.4	39.3
4	15	24.6	63.9
5	11	18.0	82.0
6	6	9.8	91.8
7	2	3.3	95.1
8	2	3.3	98.4
9	1	1.6	100.00
TOTAL	61	100.0	100.0

Fuente.-Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 4
Distribución según edad gestacional en que se realizó la historia clínica.
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	40	65.6	65.6
1er. Trimestre	8	13.1	78.7
2do. Trimestre	9	14.8	93.4
3er. Trimestre	4	6.6	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 5
 Edad gestacional en que se registró el peso por primera vez.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	6	9.8	9.8
1er. Trimestre	13	31.1	41.0
2do. Trimestre	19	31.1	72.1
3er. Trimestre	17	27.9	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.-Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 6
 Número de veces que se registró el peso.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Número de veces	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
0	7	11.5	11.5
1-2	21	23.0	34.5
3-4	26	42.7	77.2
5-6	11	18.9	95.1
7-8	3	4.9	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 7
 Edad gestacional en que se registró la tensión arterial por primera vez.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	5	8.2	8.2
1er. Trimestre	19	31.1	39.3
2do. Trimestre	19	31.1	70.5
3er. Trimestre	18	29.5	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados

Cuadro No. 8
 Número de veces que se registró la tensión arterial.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Número de veces	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
0.	5	8.2	8.2
1-2	16	26.2	34.4
3-4	25	41.0	75.4
5-6	13	21.3	96.7
7-8	2	3.3	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 9
Edad del embarazo en que midió el fondo útero por primera vez.
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	17	27.9	27.9
1er. Trimestre	4	6.6	34.4
2do. Trimestre	15	24.6	59.0
3er. Trimestre	25	41.0	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.-Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 10
Número de veces que se midió el fondo uterino
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Número de veces	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
0	17	27.9	27.9
1-2	26	42.6	70.5
3-4	16	26.2	96.7
5-6	1	1.6	98.4
7-8	1	1.6	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados

Cuadro No. 11
 Edad gestacional en que se registró por primera vez
 la frecuencia cardíaca fetal.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	13	21.3	21.3
1er. Trimestre	2	3.3	24.6
2do. Trimestre	23	37.7	62.3
3er. Trimestre	23	37.7	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 12
 Número de veces que se registró la frecuencia cardíaca fetal.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Número de veces	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
0	13	21.3	21.3
1-2	21	34.4	55.7
3-4	23	37.7	93.4
5-6	4	6.6	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente.- Revisión de expedientes muestreados

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

Cuadro No. 13
 Edad gestacional en que se investigó el edema
 de miembros inferiores.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Edad gestacional	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No se registró	16	26.2	26.2
1er. Trimestre	4	6.6	32.8
2do. Trimestre	16	26.2	59.0
3er. Trimestre	25	41.0	100.0
TOTAL	61	100.0	

Fuente. - Revisión de expedientes muestreados.

Cuadro No. 14
 Distribución según si se registro la talla en la primera consulta.
 Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
 Chihuahua, Chih.

Se registro talla	Nro. de pacientes	%	% Acumulado
No	49	80.3	80.3
Si	12	19.7	100.0
TOTAL	61	100.0	

Cuadro No. 15
Existencia en el expediente de resultados
de Laboratorio y Gabinete.
Hospital Gral. "C" "Pdte. Lázaro Cárdenas"
Chihuahua, Chih.

Estudio	No. Paciente	%
Citología	4	6.6
E.G.O.	49	80.3
B.H	50	82.0
Grupo de Sangre	49	80.3
V.D.R.L	43	70.5
H.I.V.	35	57.4
Glicemia	47	77.0
Sonografía	14	23.0

BIBLIOGRAFIA.-

Delgado A. Resultados y analisis de la investigación de AgHBs En las embarazadas de un centro de salud durante 4 años. Atención Primaria. 1990 septiembre . vol. 7.

Infante C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbimortalidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública. 1990 Julio volumen 32.

Fernandez C. Actitudes de los profesionales de atención primaria ante la hipertensión en el área de salud de Salamanca. Atención Primaria. 1991 Noviembre vol. 8.

García T. Garantía de calidad de la vigilancia prenatal en un Centro de Salud Rural. Atención Primaria. 1992 mayo vol. 9.

Castañeda X. Embarazo parto y puerperio: Conceptos y prácticas de las parteras en el Estado de Morelos. Salud Pública. 1992 septiembre vol. 34.

Baena L. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. Atención Primaria. 1992 septiembre vol. 10.

Control del embarazo en atención primaria. Atención Primaria. 1992. Noviembre vol. 10.

Melguizo M. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ante la homologación con la comunidad Europea. Atención Primaria. 1993 Marzo vol. 11

Vega G. Evaluación de la Atención Materno Infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Pública. 1993 mayo vol. 35.

Langer A. El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido. Rev. Mex. de Inv. Clínica (Nutrición). 1993 julio vol. 45.

Mephes S.J. Office-Based interventions to improve delivery of cancer prevention services by primary care physicians. *Cancer*. 1993 agosto vol. 72.

Benjamin B. Pattern of external birth trauma in Southwestern Saudi Arabia. *The Journal of Trauma*. 1993 noviembre vol. 35.

Constan E. Nutrición de embarazadas: Estudio de hábitos dietéticos en dos zonas básicas de salud. *Atención Primaria*. 1993 septiembre vol. 12.

Como ayuda el médico de atención primaria durante el embarazo. *Atención Médica*. 1994 enero vol. 7.

Díaz S. Cobertura y calidad del seguimiento de la atención primaria prenatal en un Centro de Salud. *Atención Primaria*. 1993 octubre vol. 12.

Salud Reproductiva: fenómenos demográficos, planificación familiar, atención materno-infantil, comunicación educativa. *Revista médica I.M.S.S.*, 1993 enero vol. 31.

Rodríguez R. De Madres a Madres: Programa comunitario para un mayor acceso a la atención prenatal. *Bol. de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1994 enero vol. 116.

Monteith R. Servicios de Salud Materno y Vacunación en Panamá y Guatemala. *Bol. de la oficina Sanitaria Panamericana*. 1987 septiembre vol. 103.

Infante Claudia. El aborto inducido en cifras: Analisis de la difusión de las estadísticas en la prensa. *Salud Pública*. 1989 mayo vol. 31.

Díaz-Romero -R. Educación para la salud dental durante el embarazo. *Salud Pública*. 1989 julio vol. 31.

Dr. Suárez Sachéz Fernando. Salud excelencia en la atención a la salud. *Paracelso*. 1993 octubre-diciembre vol. 1.3.

Hernández A. Cruz. Evaluación de la calidad de la Atención Médica. *Rev.Med. Hosp. Muj*. 1994 febrero-abril vol. 4

Chazotte Cynthia, Catastrophic Complications of previous cesarean section. American J. of obstetric& gynec. 1990 septiembre vol. 163.

Stamler Eric, High infectious morbidity in pregnant women with insulin-dependent diabetes: an understated complication. American J. of Obstetrics & Gynec. 1990 octubre vol. 163.

Hulsey Thomas, Birth Neghts of infants of black and white mothers without pregnancy complications. American Journal of obstetrics & Gynec. 1991 mayo vol. 164.

Shenker L. Significance of oligohydramnios complicating pregnancy. American J. of obstetrics & Gynec. 1991 junio vol. 164.

Milliez J, The prevalence of autoantibodies during third-trimester pregnancy complicated by hypertension or idiopathic fetal growth ret. American J. of Obstetrics & Gynec. julio 1991 vol. 165.