

11226
46
31-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA**
Clínica Hospital 300400 ISSSTE Orizaba, Ver.

*"Control Prenatal en el Primer
Nivel de Atención"*

T R A B A J O
Que Para Obtener el Diploma de
Especialista en Medicina Familiar

Presenta:
Dr. Ignacio René González González



ISSSTE

Clínica Hospital 300400 Orizaba, Ver.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



CLINICA HOSPITAL AMIGO
DEL NIÑO Y DE LA MADRE
300400 ORIZABA VER

ISSSTE

DEPTO ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

Leticia González
COORDINADOR

CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

Dr. Ignacio René González González

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

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

Dr. Ignacio René González González

**CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION**



**DRA. LETICIA GONZÁLEZ RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA HOSPITAL 300400
DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.**



**DRA. ROSAURA BERNAL PEREZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO**



**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM
ASESOR DE TESIS**



**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SEVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

A mis Padres:

Sr. Ignacio González U. (+)

Sra. María del Carmen González Vda. de Glez.

**Porque siempre me enseñaron con amor
la disciplina y superación constante.**

A mi Hermana:

Sra. Edith González González

**Por su gran amor y apoyo incondicional
en todo momento.**

A mi sobrino:

**Christian Aguila González con
todo mi amor, deseándole logre
su objetivo y anhelos.**

**A la memoria de:
PATY (+)
Por tu amor y comprensión.**

**A LETY:
Porque ahora y siempre
estés a mi lado.
Con todo mi amor.**

**A mis Hijos:
Con amor.**

**A mi Asesor de Tesis:
Dra. Rosaura Bernal Pérez.
Por su amistad y porque siempre me
apoyó durante el curso y la realización
del presente trabajo.**

**A la Dra. Leticia González Rodríguez
Por su confianza y apoyo.**

**CONTROL PRENATAL
EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION**

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|---|------|
| MARCO TEORICO | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| JUSTIFICACION | 13 |
| OBJETIVOS | 15 |
| METODOLOGIA | 16 |
| * TIPO DE ESTUDIO | 17 |
| * POBLACION, LUGAR Y TIEMPO | 18 |
| * CRITERIOS DE SELECCION, INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION. | 19 |
| * VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION. | 20 |
| * PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION | 22 |
| * CONSIDERACIONES ETICAS | 23 |
| RESULTADOS | |
| * ENCUESTA APLICADA A MUJERES EMBARAZADAS | 25 |
| * ENCUESTA APLICADA A MEDICOS FAMILIARES | 32 |
| * DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS | 39 |
| * ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 41 |
| * CONCLUSIONES | 43 |
| * BIBLIOGRAFIA | 45 |
| * ANEXOS | 48 |

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

Es notable el interés que en los últimos tiempos está suscitando la evaluación del control de calidad en atención primaria de salud, interés compartido por todos; administración, usuarios y, por supuesto, los propios profesionales sanitarios.⁽¹⁾

El objetivo del programa de control prenatal es asegurar que cada embarazo deseado culmine con el parto de un producto sano, sin afectar la salud de la madre.

En la literatura médica sobre el tema, no hay consenso sobre el número y contenido mínimo o ideal de consultas prenatales y se ha cuestionado que la asociación entre el número de consultas y el bajo peso al nacer sea causal.⁽²⁾

La progresiva implantación de programas de atención a la mujer elaborados coordinadamente con los servicios de obstetricia de referencia y la incorporación de nuevos profesionales a los equipos de atención primaria (matronas) en algunas zonas, puede favorecer que aumente la cobertura de este servicio por parte del primer nivel, manteniendo los altos niveles de calidad que se han conseguido.

No se debe polemizar sobre qué nivel es el más adecuado para atender los embarazos de bajo riesgo. La correcta atención pre y perinatal ha contribuido en gran medida a la mejora de los indicadores sanitarios, independientemente de que nivel la realice. Las ventajas de que lo consiga la atención primaria han sido suficientemente explicadas, pero para que el sistema

funcione, es imprescindible una buena coordinación entre ambos niveles, que permite una rápida valoración por parte del obstetra ante complicaciones más o menos inesperadas que puedan aparecer incluso en gestaciones de bajo riesgo.

Analizando las causas y actitudes de mujeres embarazadas hacia la demanda de servicios de salud en población aborta, se aprecia que la mayoría de las consultas corresponden a causas como presentar síntomas neurovegetativos y a estados patológicos como edema, preeclampsia, amenaza de parto prematuro, sangrado o flujo vaginal, infección de vías urinarias y dejar de percibir los movimientos fetales. De lo anterior se aprecia que la atención prenatal obedece principalmente a la presencia de patología, que demanda un servicio curativo.⁽³⁾

La literatura pone de manifiesto una situación digna de tomarse en cuenta: entre más evolucionado está un país, la atención prenatal preventiva es la predominante, mientras que la atención curativa es mayoritaria dentro del subdesarrollo. Ante tal situación, la aplicación de programas educativos en salud representan una alternativa factible y útil. Como ejemplos nacionales podemos mencionar los obtenidos sobre los patrones de lactancia al seno materno, en adherencia institucional y en prevención de la mortalidad neonatal.

El Instituto Nacional de Perinatología, atiende población con alto riesgo obstétrico y, dentro de sus servicios las pacientes tienen un acceso gratuito a cursos educativos que incluyen la práctica de fisioterapia.⁽⁴⁾

En la mortalidad perinatal influyen factores socioeconómicos y culturales. Esta se puede reducir con un buen control prenatal y vigilancia del trabajo de

parto. Con medidas preventivas como la educación sanitaria, nutrición, asistencia social y detección de factores de riesgo.

Muchas mujeres que reciben una asistencia inadecuada corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales y para conseguir una asistencia de calidad se necesitan profesionales competentes y una coordinación de servicios entre las consultas médicas, las clínicas y los hospitales de asistencia terciaria. En los últimos tiempos las muertes fetales intraparto han descendido más que los anteparto, lo que podría reflejar una mayor utilización de la monitorización fetal durante el parto y una aplicación mayor de la cesárea en casos de sufrimiento fetal u otras complicaciones obstétricas.⁽⁶⁾

La RPM es una complicación obstétrica que afecta a cerca del 10% de todas las gestaciones, contribuye al 10% de la mortalidad perinatal, y es causa de 33% de los partos antes del término. Aproximadamente 20% de la RPM se presentan antes de las 37 semanas de gestación.⁽⁶⁾

Los hijos de madres adolescentes o de madres de 35 y más años muestran una frecuencia ligeramente mayor de BPN que los nacidos de madres de 20 a 34 años de edad. En cuanto al orden de nacimiento sorprende encontrar una menor proporción de niños con BPN entre los hijos de madres de paridad elevada (8.8%).⁽⁷⁾

Otro parámetro a considerar: la nutrición. Diferentes estudios nutricionales han puesto de manifiesto la necesidad de una alimentación adecuada para mantener el binomio salud-enfermedad en un correcto equilibrio.

Este equilibrio es clave en todas las etapas de la vida, y tiene enorme interés en la gestación. Una correcta alimentación durante este periodo no sólo es importante para la correcta salud de la gestante, sino que es fundamental para la salud del niño.

El conocimiento del patrón de ingesta de las embarazadas nos permitirá, en caso de desviaciones importantes del patrón dietético, realizar intervenciones que solucionen este problema.⁽⁸⁾

Se sabe que la RPM está ligada a condiciones que imperan en el tercer mundo y que característicamente se asocian al bajo nivel socioeconómico; en este sentido una dieta deficiente, bajo en vitamina C, podría ser una de las explicaciones al por qué la RMP es más frecuente en países como el nuestro. Para poder validar esta hipótesis será necesario implementar estudios posteriores que complementen el significado de estos resultados a otros niveles distintos al molecular.⁽⁹⁾

La adolescencia es una etapa de crisis maduracional, un momento de transición, en que el adolescente se enfrenta a grandes cambios tanto físicos como psicológicos, donde una de las tareas fundamentales es la búsqueda de identidad y autonomía que le permitirá incorporarse al mundo de los adultos. Al adolescente se le facilitará esta difícil transición, según las características individuales, que de ser favorables redundarán en un desarrollo sano.

No obstante, si estas condiciones no son favorables pueden presentarse conflictos que impidan su sano desarrollo; uno de esos problemas es el

embarazo en la adolescente, lo que va a complicar el proceso por el cual está atravesando.⁽¹⁰⁾

En los últimos años se ha hecho hincapié sobre los posibles problemas que la mujer adolescente tiene que enfrentar al quedar embarazada, como son mayor incidencia de eclampsia, frecuencia aumentada de operación cesárea, mayor número de abortos y trastornos emocionales derivados de su estado, situaciones todas ellas que han obligado a que se considere la gestación a esta edad como embarazo de alto riesgo.⁽¹¹⁾

La edad es un factor importante a considerar como contribuyente a la mola hidatiforme más que el número de gestaciones, 20 años o menos y 40 años o más.⁽¹²⁾

La diabetes mellitus cuando se asocia al embarazo constituye un riesgo tanto para la madre como para el hijo lo cual, se refleja en una mayor morbilidad y mortalidad perinatales en los hijos de madres con diabetes mellitus (HMDM). Así, la morbilidad perinatal en los países industrializados es alrededor del 25%, mientras que en el nuestro se reporta hasta de un 40%. Por otra parte, la mortalidad perinatal en esos mismos países constituye el 2 a 6% y en México varía entre el 5 y 10%.

La morbilidad perinatal en hijos de madres con diabetes mellitus está dada principalmente por macrosomía, hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y malformaciones congénitas. Las causas más frecuentes de morbilidad materna son: preeclampsia, polihidramnios, ruptura prematura de

membranas e infección de vías urinarias que ocasionan todas ellas, una mayor incidencia de abortos espontáneos, partos prematuros y cesáreas.⁽¹³⁾

La ruptura hepática espontánea es un padecimiento poco frecuente pero que implica una extraordinaria gravedad, esto se asocia a una mortalidad tanto materna como fetal que va del 56 = 75% y del 62 al 77%, respectivamente.

La sintomatología que se puede presentar o el cuadro clínico es muy variado incluyendo cefálea, náusea, vómito, dolor epigástrico o localizado en la región hepática, crisis convulsivas y datos de hipovolemia.

Se ha sugerido que la asociación de la sintomatología hipertensiva, dolor a nivel hepático e hipotensión sin causa aparente de sangrado, nos haría pensar en esta patología.⁽¹⁴⁾

La epilepsia es un trastorno neurológico que se caracteriza por descargas paroxísticas excesivas de las neuronas cerebrales conocidas como crisis convulsivas.

Esta condición es relativamente frecuente en la mujer durante la edad reproductiva (0.5-1%) y constituye, con mucho, la alteración neurológica más frecuente durante la gestación.⁽¹⁵⁾

El embarazo heterotópico (embarazo intrauterino y extrauterino simultáneo) es relativamente raro. Su frecuencia se ha estimado en 1:10000 a 1:30000 embarazos, aunque recientemente se ha ido incrementado por el empleo de técnicas de hiperestimulación ovárica controlada y reproducción asistida.

Se han citado varios factores de riesgo asociados a este problema como la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía pélvica, malformaciones uterinas asociadas, drogas inductoras de ovulación y el uso de técnicas en reproducción asistida.

Debido a su incidencia relativamente baja, el diagnóstico de embarazo heterotópico ha sido subestimado. Hay que tenerlo siempre presente cuando una paciente con embarazo intrauterino presente síntomas como dolor abdominal, presencia de masa anexial o datos de irritación peritoneal o haya sido sometida a técnica de reproducción asistida.⁽¹⁶⁾

La placenta de inserción baja es una complicación poco frecuente. En la mayoría de los reportes se estima su frecuencia entre 0.3 y 0.5% de todos los embarazos en población abierta, y cuando se presenta, constituye una de las urgencias más serias, por lo que su diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno repercutirán en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal. Su etiología es desconocida, pero se presume que la vascularización endometrial disminuida a nivel de fondo y cuerpo uterino, constituye el factor causal. Existen otras causas predisponentes como son: edad materna avanzada, multiparidad, tumoraciones, cicatrices y tabaquismo. ⁽¹⁷⁾

La muerte intrauterina de un producto en un embarazo gemelar es una complicación poco común con una incidencia de 0.5 a 6.8 % de todos los embarazos gemelares, siendo la mejor elección, el manejo conservador tanto para la madre como para el producto sobreviviente. Las complicaciones que se presentan se deben al paso de sustancias trombotóxicas procedentes del feto

muerto al producto sobreviviente, através de comunicaciones intravasculares, sobre todo en placentas de tipo monocoriónico produciéndose alteraciones en el sistema nervioso central, riñones y piel principalmente en el producto sobreviviente, y alteraciones en el sistema de coagulación de la madre. (18)

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) se encuentra distribuida mundialmente, variando la endemicidad de la infección conforme a diversas regiones geográficas. La infección adquirida por vía perinatal comúnmente se convierte a una infección persistente, pudiendo progresar a una cirrosis hepática o a un carcinoma hepatocelular. La posibilidad de transmisión vertical está en la relación principalmente al estado serológico de la madre, aquellas únicamente portadoras del AgsHB transmiten la infección de 10 a 20% de sus hijos, mientras que aquellas que además tienen el AgoHB transmiten el virus a 80-90% de sus productos.

La importancia del diagnóstico etiológico en la mujer embarazada, es la indicación precisa de inmunizar al RN, dentro de las primeras 48 horas de vida, para prevenir la infección; si es que la madre cursó con una hepatitis B aguda durante la gestación o es portadora de infección crónica por el VHB. (19)

Es muy probable que la brucelosis por sí sola aumente la frecuencia de abortos en humanos, pero al igual que otras infecciones sistémicas durante el embarazo, que cursan con bacteremia, produzca un efecto nocivo sobre la gestación y los productos. La OMS ha considerado a la rifampicina como el antimicrobiano de elección para el tratamiento de la brucelosis en la mujer embarazada. (20)

A nivel mundial se vive la séptima pandemia de cólera. Desde el año de 1991 México se ha visto afectado por esta pandemia. Cerca de 20% de los casos habidos en nuestro país se han presentado en las mujeres en edad fértil, por lo que la asociación del cólera con el embarazo es una posibilidad que se encuentra latente.

El tratamiento del cólera en una paciente embarazada no difiere del tratamiento del mismo en la población general, debiendo poner énfasis en la reposición de las pérdidas tanto hídricas como de electrolitos, lo cual generalmente también corrige la acidosis metabólica. Toda paciente gestante con cólera debe ser hospitalizada tanto para el manejo terapéutico como para una monitorización adecuada de las constantes vitales materno-fetales.⁽²¹⁾

El embarazo proporciona una oportunidad única para determinar la salud general de una mujer, el objetivo de las pruebas de laboratorio prenatales es detectar procesos patológicos no sospechados.

A pesar que la colpocitología no está contraindicada durante el embarazo, no se realiza como método de rutina no obstante ser valioso auxiliar para detectar procesos infecciosos, determinar valores hormonales e identificar lesiones premalignas y malignas de cervix.

En México no disponemos de información adecuada sobre la prevalencia de cervico vaginitis, neoplasia intraepitelial cervical e infecciones por virus de papilomahumano en la mujer gestante, así como el adecuado manejo de éstas dos últimas patologías en forma conservadora durante el embarazo. (22)

La visita prenatal ha sido incentivada por muchos años y recientemente avalada por el Comité de Aspectos Psicológicos y del Cuidado de la Salud del Niño de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La mayoría de los médicos familiares ya conocerán a la familia, y esta visita será por lo general un aspecto de rutina de una buena atención prenatal. No obstante, la relación médico-familia puede ser nueva si la derivación ha sido generada por un obstetra.

Cuando el médico familiar se reúne con la familia por primera vez, una visita prenatal brinda la posibilidad de lograr ciertos objetivos. El médico puede: 1) familiarizarse con los aspectos pertinentes de la historia preantatal actual; 2) revisar la historia familiar concentrándose en los desórdenes hereditarios potenciales; e) identificar los factores psicosociales que tienen mayor impacto en la adaptación de la familia al recién nacido; y r) sentar las bases para una relación médico-familia de largo plazo.

A menudo, el médico de familia está atendiendo a miembros de la familia pero no brinda atención prenatal en el embarazo actual. En tales casos, una visita prenatal brinda la oportunidad de revisar los problemas médicos y psicosociales importantes para el embarazo y preparar para la consiguiente atención neonatal y del niño sano.⁽²⁾

En nuestro país la norma oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido que establece los criterios para vigilar la salud durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido y cuya aplicación en todos los servicios de salud de los sectores público,

social y privado a nivel nacional, que atienden a mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos. Esta norma fue expedida por la Dirección General de atención materno infantil, y se elaboro con la participación de las diferentes instituciones que constituyen el sector salud; dejando sin efecto a las normas técnicas No. 36, 37 321 Publicadas en el Diario Oficial de la federación . (24)

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

Elaboración de historia clínica.

Medición y registro de peso y talla.

Medición y registro de presión arterial.

Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.

Valoración del riesgo obstétrico.

Determinación de biometría hemática completa, glucemia, grupo sanguíneo. y Rh, examen general de orina y VDRL.

Aplicación de toxoide tetánico.

Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico orientación nutricional.

Promoción de la lactancia y planificación familiar .

Identificación de síntomas y signos de alarma.

Autocuidados de la salud.

HIV en mujeres de alto riesgo de SIDA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país existe una norma oficial para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que establece los criterios para la vigilancia de la salud del binomio, durante estas etapas cuyas y cuya aplicación está estipulada en todo los servicios de salud del sector público y privado.

Sin embargo se ha observado que en la consulta externa de medicina familiar de la Clínica Hospital del ISSSTE en Orizaba, Ver., no se lleva a cabo el control de la embarazada de acuerdo a lo que indica en la Norma Técnica para atención de la mujer durante el embarazo como por ejemplo no se informa sobre los signos de alarma obstétrica, no se informa sobre métodos de planificación familiar, no se lleva control de peso, etc. Sin embargo, no se ha determinado el porqué de la situación, dando lugar a diferentes especulaciones y entre ellas que existe un desconocimiento de la norma técnica por parte de los médicos familiares de la consulta externa y la precariedad de limitantes institucionales, como por ejemplo: la falta de material de apoyo básico para la atención de la embarazada, tiempo de consulta asignado, etc.

¿Cuáles son las causas por que el médico familiar no realiza las actividades indicadas en la norma técnica para la atención del embarazo?

JUSTIFICACION

En la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Hospital del ISSSTE en Orizaba, Ver., la atención a la mujer durante el embarazo no es de acuerdo a lo indicado por la Norma Técnica, citando como ejemplo de ello: envío injustificado a obstetricia, solicitud extemporánea de los exámenes prenatales, no se orienta adecuadamente sobre los datos de alarma obstétrica, ni se informa sobre las ventajas de la lactancia materna, o los métodos de planificación familiar que se pueden usar en el posparto o poscesárea.

Si tomamos en cuenta que el 80% de la mortalidad materna y perinatal se deriva de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como de otros padecimientos concomitantes, y que estas situaciones pueden ser tratadas en forma oportuna con el hecho de aplicar los procedimientos que señala la Norma Técnica para la atención de la mujer durante el embarazo, para la identificación oportuna del riesgo obstétrico, y en consecuencia tomando las medidas indicadas para el control del o de los factores de riesgo, se evitará el daño.

De lo anterior podemos derivar que muchas de estas muertes pueden evitarse si el personal que atiende el control prenatal está bien orientado y se evitan los excesos en la aplicación de la tecnología y procedimientos innecesarios, otorgando una atención prenatal con calidad y calidez.

Por lo tanto, es importante definir y determinar si la atención prenatal que está siendo proporcionada por los médicos familiares de la Unidad, se está otorgando dentro de los lineamientos que señala la Norma Técnica para la

atención de la mujer durante el embarazo, desde el inicio del mismo lo cual nos dará las pautas a seguir para corregir las fallas y proporcionar una atención adecuada a nuestras derechohabientes en etapa gestacional.

De comprobarse el problema planteado, es susceptible de corregirse mediante los recursos del Instituto dado el alto grado de vulnerabilidad del mismo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas por las que el médico familiar no realiza las actividades indicadas en la norma técnica para la atención del embarazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar si el médico familiar realizó o no las actividades recomendadas por la norma técnica para la atención de la embarazada.
2. Determinar si los médicos familiares conocen la Norma técnica para la atención de la embarazada.
3. Establecer las limitantes que los médicos familiares consideran que existen para la atención médica de la embarazada.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio sociomédico, prospectivo, descriptivo, transversal y observacional para determinar las causas que generaron un control inadecuado de la mujer embarazada, al no apearse a lo señalado en la Norma Oficial para la atención de la mujer durante el periodo gestacional, en la Clínica ISSSTE Orizaba.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa y médicos familiares que atienden en la misma, en la Clínica Hospital de el ISSSTE 300 400, en Orizaba, Ver. Del 1o. de Abril al 30 de Septiembre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No aleatoria hasta completar 50 pacientes embarazadas tomadas al azar, de la consulta externa de Medicina Familiar.

Todos los médicos familiares de la Unidad de la Consulta Externa.

CRITERIOS DE SELECCION

En la presente investigación se consideraron a dos grupos de estudio: un grupo de mujeres derechohabientes embarazadas y un grupo de médicos familiares de la consulta externa.

CRITERIOS DE INCLUSION

En el grupo de pacientes se incluyeron a mujeres embarazadas con una o más consultas prenatales en Medicina Familiar, sin importar edad ni semanas de gestación.

En el segundo grupo se incluyeron a los médicos familiares con base, de la consulta externa, sin importar sexo, edad, horario de labores ni antigüedad en el servicio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron a las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa de especialidad sin control prenatal previo con Médico familiar.

En el segundo grupo de estudio se excluyeron a los médicos familiares suplentes.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron a las apcientes y los medicos familiares que no aceptaron participar en el estudio.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION

En relación a la encuesta que se aplicó a las pacientes se dividió en tres etapas:

1a.: ficha de identificación:

En la que se incluyeron el nombre y domicilio así como cédula de las pacientes encuestadas para comprobación de resultados o investigaciones posteriores.

Edad: Se agruparon los datos de acuerdo a lo normado por el Instituto.

Estado civil: Se consideraron como soltera, unión libre, casada, viuda.

2a.: antecedentes obstétricos:

Se consideraron: No. de gestas, paridad, hijos vivos y fecha de último evento obstétrico.

El número de gestaciones se agrupó en: primigesta, secundigesta y multigesta.

Paridad en: nulípara, primípara y multipara.

Hijos vivos: 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó más.

Fecha de último evento obstétrico:

Menos de un año de 1 a 4 5 o más años

3a.: embarazo actual y atención médica

Meses de gestación agrupados en 1o., 2o. y 3er. trimestre.

Meses de gestación y su relación con la consulta otorgada; se clasificó en 1o., 2o. y 3er. trimestre de gestación.

No. de consulta en este embarazo; se consideraron en 1, 2, 3, 4 y 5 o más consultas.

Atención prestada o recibida en la consulta externa de Medicina familiar; los datos se agruparon en buena, regular y mala.

Con referencia a la encuesta que se realizaron los médicos familiares se consideraron los siguientes parámetros:

Conocimientos de lo estipulado por la Norma Oficial de atención de la mujer durante el embarazo; buenos, escasos y nulos.

Limitantes para la atención; se agruparon: médicas, administrativas, diversas e institucionales.

Conocimientos sobre la aiarma obstétrica durante la gestación; buenos, escasos y nulos.

Conocimientos sobre los métodos de planificación familiar indicados en el posparto, postaborto y postcesárea; buenos, malos y escasos.

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Primeramente se elaboró una encuesta dirigida a las mujeres embarazadas que asistieron a la consulta externa de medicina familiar; a las cuales se les encuestó en la sala de espera para determinar la calidad de la atención prenatal recibida. Posteriormente se aplicó una encuesta a los médicos familiares para determinar el conocimiento que cada uno de ellos tiene sobre la norma Técnica para la atención de la embarazada.

Ambas encuestas se realizaron en base a los parámetros establecidos en la Norma técnica para la atención de la embarazada, y partiendo de encuestas piloto elaborados con la misma base, en las que se obtuvo, al encuestar a 5 Médicos Familiares que sus conocimientos de la norma eran aceptables (70%), y a 25 mujeres embarazadas acerca de la atención prenatal realizada, la cual fue adecuada. (95%).

Todos los resultados obtenidos fueron concentrados en tablas y gráficas, analizándose cada uno de ellos, para las conclusiones correspondientes.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para evitar el riesgo de la manipulación de información, se contestaron las encuestas con bolígrafo.

Se respetó el derecho de los encuestados a participar en el estudio.

En caso de negativa, se les solicitaron por escrito los motivos respetando la negativa a esta solicitud.

La información obtenida se consideró como estrictamente confidencial.

El presente estudio no implicó riesgos para la vida.

RESULTADOS

**LOS RESULTADOS DE LA
ENCUESTA APLICADA A
MUJERES EMBARAZADAS:**

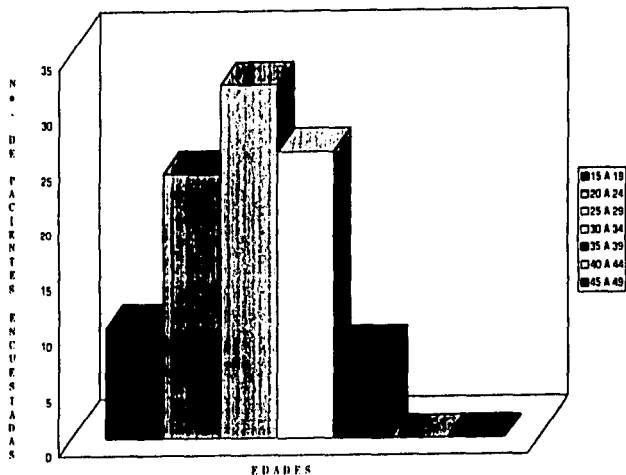
TABLA 1
EDAD DE LAS PACIENTES
ENCUESTADAS

| EDAD | No. | % |
|---------|-----|-----|
| 15 A 19 | 5 | 10 |
| 20 A 24 | 12 | 24 |
| 25 A 29 | 16 | 32 |
| 30 A 34 | 13 | 26 |
| 35 A 39 | 4 | 8 |
| 40 A 44 | | |
| 45 A 49 | | |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Encuesta dirigida a poblacion derecho habiente

GRAFICA I

EDAD DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOAHIENTE

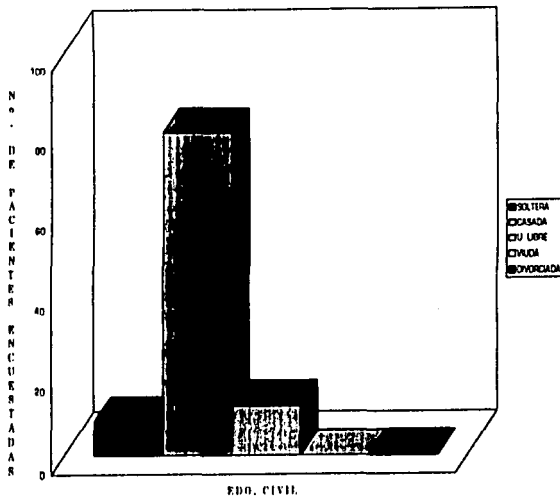
TABLA II
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES
ENCUESTADAS

| Estado Civil | No. | % |
|--------------|-----------|------------|
| Soltera | 4 | 8 |
| Casada | 40 | 80 |
| U. Libre | 6 | 12 |
| Viuda | - | - |
| Divorciada | - | - |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Encuesta dirigida a población derecho habiente

GRAFICA II

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOAHARIENTE

TABLA III

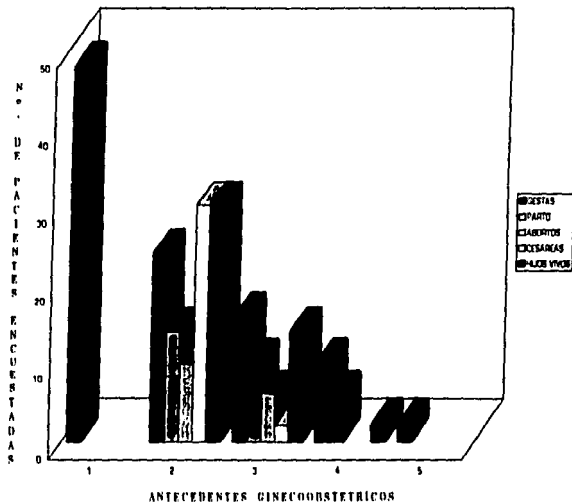
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS

| No. | Gestas | | Parto | | Abortos | | Cesareas | | Hijos vivos | |
|-----|--------|----|-------|----|---------|----|----------|----|-------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 | 24 | 48 | | | | | | | | |
| 2 | 12 | 24 | 7 | 14 | 5 | 10 | 15 | 30 | 15 | 30 |
| 3 | 8 | 16 | 5 | 10 | 3 | 6 | 1 | 2 | 7 | 4 |
| 4 | 5 | 10 | 3 | 6 | | | | | 1 | 2 |
| 5 | 1 | 2 | | | | | | | | |

Fuente: Encuesta dirigida a poblacion derecho ambiente

GRAFICA III

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOAHUENTE.

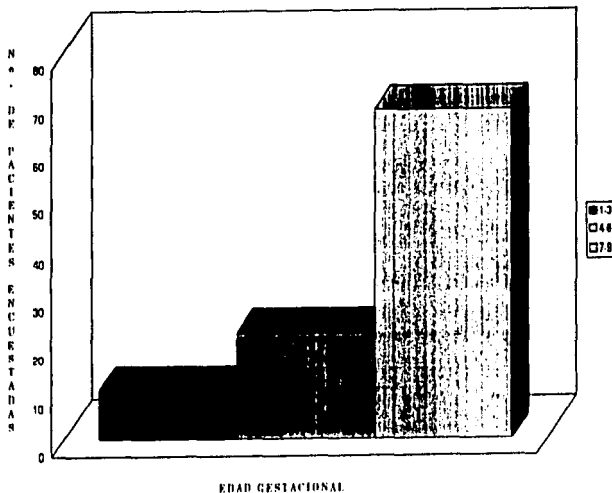
TABLA IV
EDAD DE LA GESTACION ACTUAL
(Al momento de la encuesta)

| MESES DE GESTACION | No. | % |
|---------------------------|------------|------------|
| | | |
| 1-3 | 5 | 10 |
| 4-6 | 11 | 22 |
| 7-9 | 34 | 68 |
| | | |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Encuesta dirigida a poblacion derecho ambiente

GRAFICA IV

EDAD DE LA GESTACION ACTUAL. (Al momento de la entrevista)



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOABIENIENTE

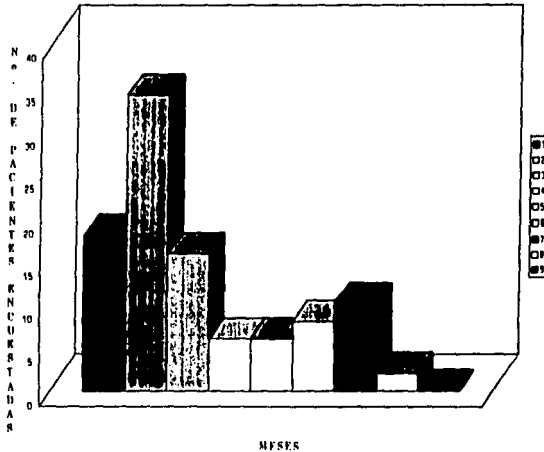
TABLA V**RELACION ENTRE LA FECHA DE LA PRIMERA
ATENCIÓN PRENATAL Y LA EDAD GESTACIONAL**

| MESES | No. | % |
|-------|-----|-----|
| 1 | 9 | 18 |
| 2 | 17 | 34 |
| 3 | 8 | 16 |
| 4 | 3 | 6 |
| 5 | 3 | 6 |
| 6 | 4 | 8 |
| 7 | 5 | 10 |
| 8 | 1 | 2 |
| 9 | 0 | 0 |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Encuesta dirigida a población derecho ambiente

GRAFICA V

RELACION ENTRE LA FECHA DE LA PRIMERA ATENCION PRENATAL Y LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOABIENDE

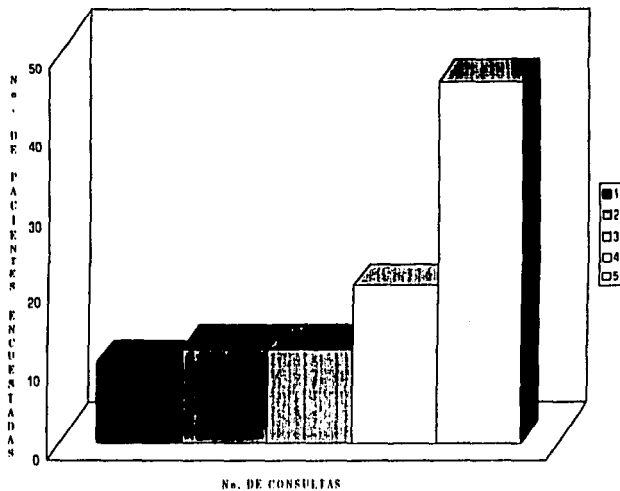
TABLA VI
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES

| No de consultas | No de Embarazadas | % |
|-----------------|-------------------|------------|
| 1 | 5 | 10 |
| 2 | 6 | 12 |
| 3 | 6 | 12 |
| 4 | 10 | 20 |
| 5 | 23 | 46 |
| TOTAL | 50 | 100 |

Fuente: Encuesta dirigida a población derecho ambiente

GRAFICA VI

NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOAHUENTE.

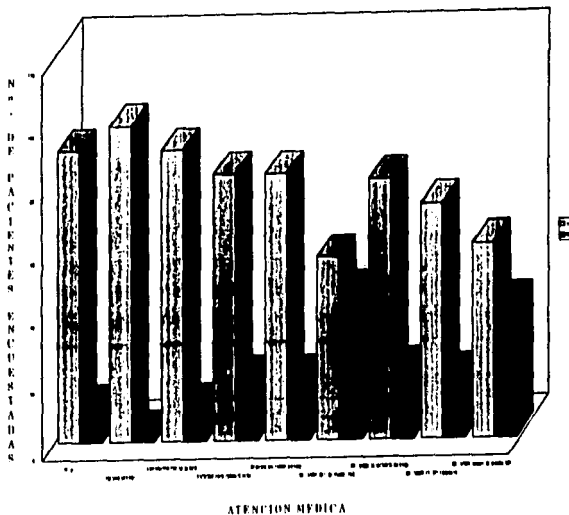
TABLA VII
Cuadro de la atención medica

| TOMA O REALIZACION DE: | SI | % | NO | % |
|--|-----------|----------|-----------|----------|
| PESO | 45 | 90 | 5 | 10 |
| PRESION ARTERIAL | 49 | 98 | 1 | 2 |
| EXPLORACION POR SU MEDICO | 45 | 90 | 5 | 10 |
| ESCUCHAR FOCO CARDIACO FETAL | 41 | 82 | 9 | 18 |
| MEDICION DEL FONDO UTERINO | 41 | 82 | 9 | 18 |
| INFORMACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR | 28 | 56 | 22 | 44 |
| INFORMACION SOBRE LA LACTANCIA MATERNA | 40 | 80 | 10 | 20 |
| INFORMAR SOBRE EVOLUCION DEL EMBARAZO | 36 | 72 | 14 | 28 |
| INFORMACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA OBSTETRICA | 30 | 60 | 20 | 40 |

Fuente: Encuesta dirigida a población derecho ambiente

GRAFICA VII

CUADRO DE LA ATENCION MEDICA



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A POBLACION DERECHOABIENTE

**LOS RESULTADOS DE LA
ENCUESTA APLICADA A
LOS MEDICOS FAMILIARES:**

TABLA I

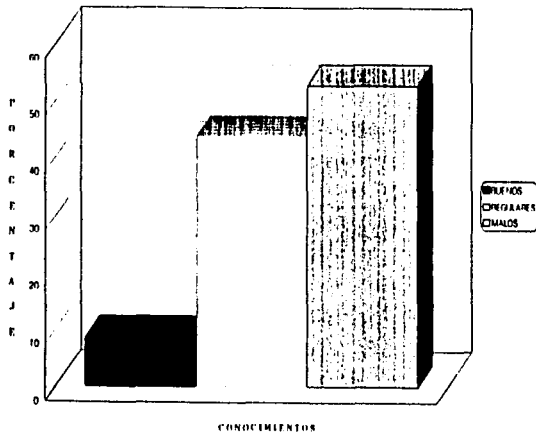
CONOCIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL PARA LA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA

| RESULTADO | No. | % |
|-----------|-----|------|
| Buenos | 1 | 8.4 |
| Regulares | 5 | 41.6 |
| Malos | 6 | 50.0 |
| Total | 12 | 100% |

Fuente: Encuesta dirigida a Médico Familiar de consulta externa

GRAFICA I

CONOCIMIENTO DE LA NORMA OFICIAL PARA LA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA



5. FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA

TABLA II

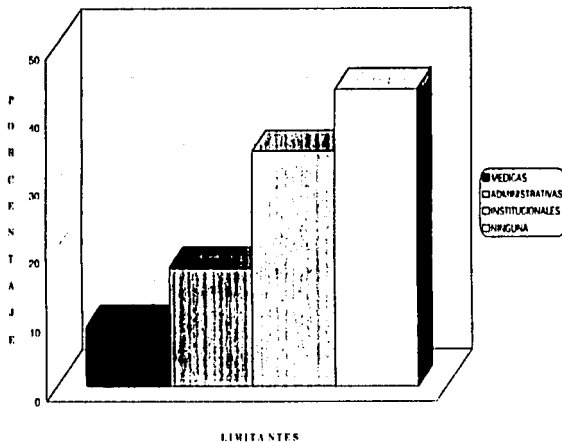
LIMITANTES DE LA ATENCION MEDICA PRENATAL

| TIPO | NO | % |
|-----------------|----|------|
| Medicas | 1 | 8.4 |
| Administrativas | 2 | 16.6 |
| Institucionales | 4 | 33.3 |
| Ninguna | 5 | 41.7 |
| Total | 12 | 100% |

Fuente: Encuesta dirigida a Médico Familiar de Consulta Externa

GRAFICA II

LIMITANTES DE LA ATENCION MEDICA PRENATAL



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA

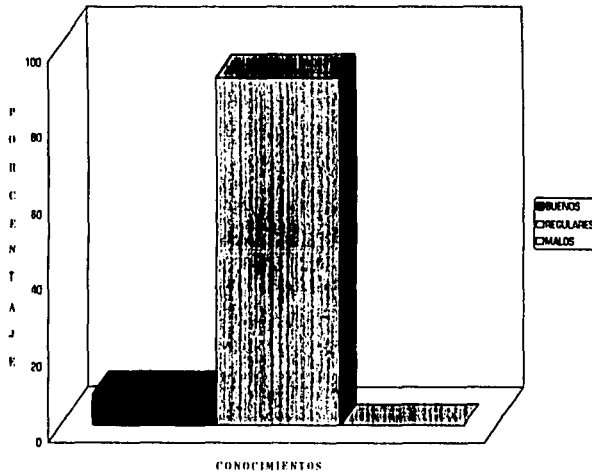
TABLA III
CONOCIMIENTO DE LOS DATOS
DE ALARMA OBSTETRICA
POR EL MEDICO FAMILIAR

| RESULTADO | NO | % |
|------------------|-----------|----------|
| Buenos | 1 | 8.4 |
| Regulares | 11 | 91.6 |
| Malos | 0 | --- |
| Total | 12 | 100% |

Fuente: Encuesta dirigida a Médico Familiar de Consulta Externa

GRAFICA III

CONOCIMIENTO DE LOS DATOS DE ALARMA OBSTETRICA POR EL MEDICO FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA

TABLA IV

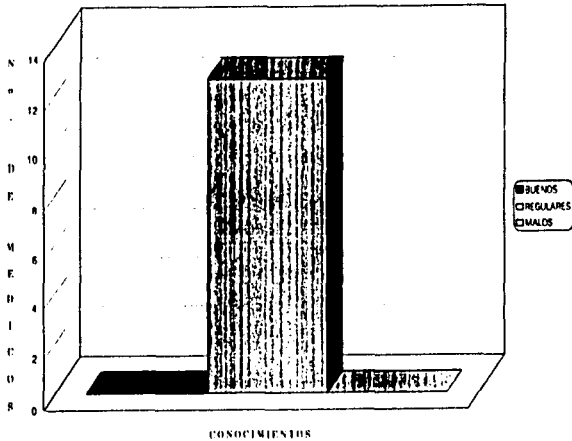
CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN ESPECIFICAS PARA EL POST PARTO, POSTABORTO Y PARTO TRANSCESAREA

| RESULTADO | NO | % |
|------------------|-----------|----------|
| Buenos | | |
| Regulares | 12 | 100% |
| Malos | | |

Fuente: Encuesta dirigida a Médico Familiar de consulta externa

GRAFICA IV

CONOCIMIENTOS DE LOS METODOS DE PLANIFICACION ESPECIFICAS PARA EL POSTPARTO POSTABORTO Y POST Y/O CESAREA



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA

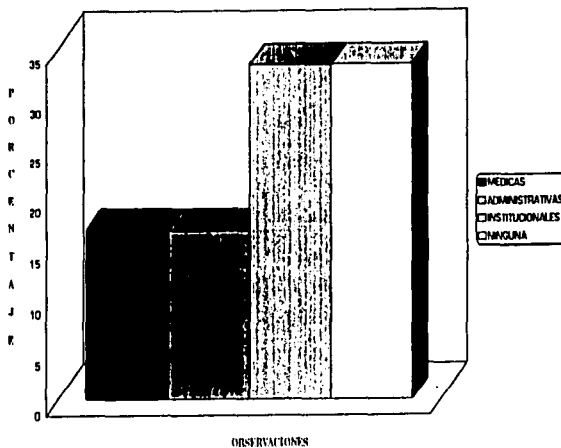
TABLA V
OBSERVACIONES

| RESULTADO | NO | % |
|------------------------|-----------|--------------|
| Medicas | | |
| Administrativas | 2 | 16.66 |
| Enseñanza | 2 | 16.66 |
| Institucional | 4 | 33.33 |
| Ninguna | 4 | 33.33 |
| Total | 12 | 100% |

Fuente: Encuesta dirigida a Médico Familiar de consulta externa

GRAFICA V

OBSERVACIONES



FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA

**DESCRIPCION DE
LOS RESULTADOS**

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

De las 50 mujeres embarazadas encuestadas 41 (82%) se encontraron en edad reproductiva adecuada el 20% (9) en edades que se consideran como factor de riesgo. El 10% presentaba multiparidad. El 8% fueron casadas por la ley civil.

Se observó en los antecedentes obstétricos, predominio de las primigestas (48%) y una relación de las distosias sobre eutocias 1:2.

El 68% se encontró al momento de la entrevista causando el 3er. trimestres del embarazo..

34 (68%) de las 50 mujeres encuestadas acudieron a su primera consulta prenatal durante el primer trimestre de su embarazo y el 46% había asistido a más de 5 consultas prenatales, y un 10% solo a una.

Por otro lado, un 82% coincidió en que su médico familiar le explora el fondo uterino y el feto fetal. El 80% recibió información sobre lactancia materna; el 72% se le informó sobre la evolución del embarazo. El 60% sobre signos de alarma y el 56% solamente sobre métodos de planificación familiar.

En relación a la encuesta practicada a los médicos de la consulta externa, reporto que el conocimiento de la norma teórica oficial para la atención de la mujer durante el embarazo fue de regular (41.6%) a malo (50%).

El 41.7% consideró que no hay limitante alguna para la atención médica de la mujer embarazada y el 33% manifestó limitantes de tipo institucional, principalmente por falta de difusión a la norma.

El conocimiento de los signos de alarma por los médicos familiares es regular (91.6%); así mismo en el 100% de ellos, sus conocimientos sobre los métodos de planificación familiar, específicos para el postparto, postaborto y postcesárea son regulares. Finalmente, el 33% de los médicos encuestados no realizó ninguna observación y, otro 33% señaló observaciones de tipo institucional, señalando nuevamente el desconocimiento de la Norma para el control de la embarazada.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En lo que compete a las pacientes embarazadas encuestadas se tiene que la edad promedio predominante fue de 25 a 29 años, 32%, cifra acorde a la edad reproductiva en la mujer, reportada en la literatura. (2)

La ingerencia del estado civil en nuestra experiencia, no fue determinante, aunque predominó con un 80% el matrimonio civil, con comparable al no existir estudios previos sobre este punto.(2)

Se observó un predominio de primigestas en los antecedentes ginecoobstétricos, condicionando una disminución en su riesgo reproductivo, tal como se reporta en la literatura. (2)

Las pacientes fueron captadas en su mayoría en el último trimestre de gestación, con un promedio de cinco consultas prenatales con su médico familiar y una relación de inicio de control/edad gestacional de 2 meses (34%), datos acordes al ideal señalado en la literatura. (23,24)

En relación a la atención médica proporcionada pro el médico familia, el 90% en promedio de las encuestadas, refirió que es adecuada, ya que se realizan los puntos básicos requeridos en la Norma Técnica para la atención de la embarazada, no así en la información acerca de los signos de alarma obstétrica, al obtenerse un 40% de pacientes que niegan haber recibido información cifra menor ala ideal marcada en la literatura. (4)

En la segunda parte de la investigación realizada, el 50% de los médicos familiares desconoce la Norma Técnica para la intencion del la embarazada.

dato alarmante ya que es un documento de uso permanente y no es de reciente instauración. (24)

41.7% de los médicos manifestó que no existen limitantes en la atención médica prenatal, aunque un 33.3% señaló que no se ha difundido el documento correspondiente a la Norma Técnica ya mencionada, lo cual no está acorde con lo dispuesto para la difusión de la misma. (24)

Desafortunadamente, el desconocimiento de la atención prenatal adecuada, se refleja en un conocimiento regular de los datos de alarma obstétrica. (3,4,7)

Así mismo se obtuvo que los conocimientos acerca de los métodos de planificación específicos para el pospartum, postaborto, y post y transcesárea son regulares en un 100%, el cual nos vuelve a reflejar el desconocimiento de a norma técnica. (1,2,24)

CONCLUSIONES

- 1.- El 50 % de los médicos familiares de la consulta externa desconocen la norma técnica para la atención de la embarazada.**
- 2.- La causa por la que no se aplica la norma técnica es por desconocimiento de la misma por las limitantes institucionales.**
- 3.- Los médicos familiares tienen conocimiento regulares de los datos de alarma obstétrica**

El control prenatal es una de las actividades más importante de los servicios de salud, pues se considera el servicio por excelencia para evitar y controlar los problemas que causan la muerte perinatal, basándose en la detección oportuna de los problemas de salud.

Es por ello, que concluimos que no es suficiente que las pacientes tengan acceso a los servicios de salud para que se logre una relación de alta calidad entre las instituciones y la población, se requiere que el autoconcepto de salud que prevalece, se modermice en el sentido de que se identifiquen sus riesgos durante el embarazo y que los exponga durante su asistencia al control prenatal.

Por parte del personal médico es necesario retroalimentarlos para que tengan un mayor interés, tanto en el Historial clínico, teniendo presentes los factores de riesgo, así como en preocuparse por darle a toda embarazada capacitación sobre lactancia materna, signos de alarma obstétrica, evolución del embarazo y métodos de planificación familiar específicos para el posparto, postaborto, trans y postcesárea.

PARA ELLO PROPONEMOS LO SIGUIENTE:

- Un programa de pláticas y trípticos dirigidos a población derecho-habiente en que se señalen los factores de riesgo obstétrico, haciendo hincapié en la edad.

- Dado que el 20% de las mujeres encuestadas correspondieron a unión libre y madre soltera, convendría analizar el impacto de ello en la morbimortalidad perinatal.

- Un estudio retrospectivo para determinar la causa de la relación 2:1 de las distocias sobre las eutocias.

- Hacer mayor promoción sobre la importancia del control prenatal desde que se sospecha el embarazo.

- Un curso monográfico para médicos familiares sobre control prenatal, que tenga como fundamento los resultados de la encuesta y con ello lograr reafirmar el conocimiento de la norma técnica para la atención de la mujer embarazada por los médicos familiares; en espera de lograr con ello mejorar la atención prenatal en más de un 90% en nuestra unidad.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- L. Baena et. Al. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. *Atención Primaria*. 10 (4); 1992:726-727.
- 2.- Rivera L.T. y Col. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2o. nivel de atención. *Ginecología Obstetricia de México*. 62 (7); 1994:185-187.
- 3.- S. Díaz Sánchez y Col. Cobertura y calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. *Atención Primaria* 12 (7) 1993: 401-402
- 4.- Ortigosa C. E. y col.: Morbilidad gestacional *Ginec. Obst. México*; 61 (68); 1993: 247-253.
- 5.- De la Garza Q. y col.: Muerte perinatal *Ginecología Obstetricia de México* 63 (5) 1995: 186.-189.
- 6.- Laraine Schlaepter, Claudia Infante: Bajo peso al nacer: evidencias de una encuesta retrospectiva a nivel nacional. *Bol. Med. Hosp. Infant. México*. 52. (3); 1995: 168-179.
- 7.- Joachin R. H y col.: Evolución del neonato de alto riesgo con antecedente de ruptura prematura de membranas en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Ginecología Obstetricia de México*. 63 (3); 1995: 119.-120
- 8.- E. Constan et al. Nutrición en embarazadas: Estudio de hábitos dietéticos en dos zonas básicas de salud. *Atención Primaria* . 12-(5); 1993: 281-284.

- 9.- Vadillo O., F y Col: Factores dietéticos y ruptura prematura de membranas. Efecto de la vitamina C en la degradación de colágena en el corioamnios. Ginecología. obstetricia. de México. 63 (4) 1995: 158-161.
- 10.- Sánchez B. y col.: Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. ; 52 (8); 1995 455-459.
- 11.- Escobedo Ch., E y col.: Embarazo en adolescentes: Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 52- (7); 1995: 415-419.
- 12.- Quiñones Z. C.: Mola hidatiforme. Aspectos clínicos, incidencia y factores de riesgo. Ginecología . Obstetricia, de México. 63: (9); 1995: 391-394.
- 13.- Sanvodal T. y col.: Morbimortalidad perinatal en mujeres con diabetes mellitus y embarazo. Ginecología . Obstetricia .de México. 63 (5) : 1995: 181-185.
- 14.- Villareal P. C. y Col.: Ruptura hepática espontánea en el embarazo. Presentación de un caso. Revisión de la literatura. Ginecología . Obstetricia. de México. 63 (9) : 1995: 395-397.
- 15.- Torres, L. C. y Col.: Epilepsia y embarazo. riesgos y beneficios del tratamiento anticonvulsivo. Ginecología . obstetrica. México. 63 (7) ; 1995: 282-286.
- 16.- Kably A. A. y Col.: Diagnóstico temprano del embarazo heterotópico con viabilidad del producto intrauterino. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Ginecología . obstetrica de México. 63 (8) ; 1995: 346-348.

- 17.- Lira P. J. y col.: Placenta previa. Repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos, Ginecología .obstetricia. de México. 63 (5); 1995,175-189.
- 18.- Wong Ch. FJ y Col.: Embarazo gemelar complicado con pérdida de un producto un útero. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginec. obst. 63 (8); 1995: 352-355.
- 19.- Figueroa D. R. y col.: Hepatitis viral tipo B en el embarazo: Implicaciones clínicas y profilácticas. Ginecología. Obstetricia. de México. 63 (2); 1995: 90-95.
- 20.- Figueroa D. R. y Col.: Bruselosis durante el embarazo, evolución y resultados perinatales. Ginecología. Obstetricia. México 1995; 63 (5) 1995; 190-195.
- 21.- Figueroa D. R. y col.: Complicaciones y tratamiento del cólera durante el embarazo Ginecología. Obstetricia. México. 62 (7)1994 178-181.
- 22.- Jiménez C. AA y col.: Colpocitología y gestación ginecología Obstetricia. de México. 63 (1); 1995:33-37.
- 23.- Gallagher B. P y col.: Un enfoque de medicina familiar para la consulta prenatal. Medicina familiar. 2-(4);1991: 241-244.
- 24.- Norma tecnica para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. EM 002. SSA2 1993

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA⁴⁹**

ANEXOS

ISSSTE
CLINICA HOSPITAL 300 400 ORIZABA
CONTROL PRENATAL

**ENCUESTA A MUJERES EMBARAZADAS SOBRE ATENCION
PRENATAL**

INDICACIONES:

Le agradecemos de antemano su participación en esta encuesta. Le solicitamos que sus contestaciones sean totalmente apegadas a la realidad, pues ello nos permitirá conocer la realidad de la atención prenatal que le estamos prestando.

Llenar con letra de molde

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Edo. Civil: Casada () Soltera () Unión Libre () Viuda ()

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ No. Hijos vivos: _____

FECHA ULTIMO PARTO _____ FECHA ULTIMA CESAREA _____ FECHA ULTIMO ABORTO _____

ATENCION MEDICA DEL EMBARAZO ACTUAL:

Meses del embarazo actual: _____

¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando vino a consulta por primera vez? _____

¿Cuántas veces ha venido a consulta por este embarazo? _____

Cuando acude a consulta:

| | | |
|--|----|----|
| Le pesan: | SI | NO |
| Le toman la presión arterial: | SI | NO |
| Le explora su médico: | SI | NO |
| Le escucha el feto fetal: | SI | NO |
| Le mide el vientre: | SI | NO |
| Le informa sobre los métodos de planificación familiar: | SI | NO |
| Le informa sobre lactancia materna: | SI | NO |
| Le explica la evolución de su embarazo: | SI | NO |
| Le informa y le explica sobre los signos de alarma obstétrica: | SI | NO |

ANEXO 1 A

ISSSTE
CLINICA HOSPITAL 300 400 ORIZABA
CONTROL PRENATAL

**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL MANEJO
DEL CONTROL PRENATAL DE MEDICOS FAMILIARES**

Nombre: _____ No. empleado: _____

INDICACIONES:

Le agradecemos su participacion en esta encuesta que tiene por objeto identificar la problemática sobre la atención prenatal y con ello establecer las correcciones necesarias para mejorar la calidad y calidez de la misma.

Le solicitamos sea lo más fidedigno en sus respuestas y observaciones.

Contestar cada respuesta con letra de molde y bolígrafo:

- 1.- ¿Cuáles son los parámetros marcados por la Norma Oficial para la atención de la mujer durante el embarazo de bajo riesgo?

- 2.- ¿Cuáles son los parámetros marcados por la Norma Oficial para la atención de la mujer con embarazo de alto riesgo?

- 3.- Considera que existen limitantes en la atención de la embarazada a nivel de la consulta externa de médico familiar. SI NO ¿De qué tipo?

- 4.- ¿Cuáles son los datos clínicos considerados como de alarma obstétrica durante la gestación?

- 5.- ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar recomendados en el posparto, posaborto y postcesárea?

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 1 B