



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:

CLÍNICA HOSPITAL 300400 ISSSTE ORIZABA, VER.

135

TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN Y SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES INSCRITAS AL PROGRAMA "CLÍNICA DEL EMBARAZO EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

Especialista En Medicina Familiar

PRESENTA:

Dra. Bibiana Uscanga Pacheco.



ISSSTE

Orizaba, Ver.

288682

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA HOSPITAL 30 04 00 I.S.S.S.T.E., ORIZABA, VER.

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN Y SITIO DE ATENCIÓN
DEL PARTO DE LAS PACIENTES INSCRITAS AL PROGRAMA
"CLÍNICA DEL EMBARAZO EN APOYO A LA LACTANCIA
MATERNA"**



CLINICA HOSPITAL AP
DEL NIÑO Y DE LA MADRE
30400 ORIZABA VER.
DEPTO. ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

D^{RA}. BIBIANA USCANGA PACHECO

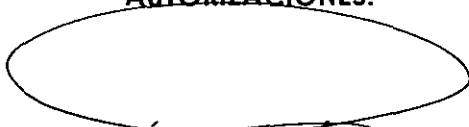
**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN Y SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
DE LAS PACIENTES INSCRITAS AL PROGRAMA "CLÍNICA DEL
EMBARAZO EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA"**

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

PRESENTA:

DRA. BIBIANA USCANGA PACHECO

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN Y SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
DE LAS PACIENTES INSCRITAS AL PROGRAMA "CLÍNICA DEL
EMBARAZO EN APOYO A LA LACTANCIA MATERNA"**

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

PRESENTA:

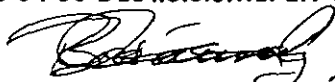
DRA. BIBIANA USCANGA PACHECO

AUTORIZACIONES:



DRA. LETICIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLÍNICA
HOSPITAL 30 04 00 DEL I.S.S.S.T.E. EN ORIZABA, VER.**



**DRA. ROSAURA BERNAL PÉREZ
ASESOR DE TESIS**



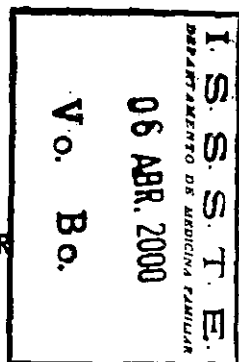
**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS**

**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
ISSSTE**



Dedicatorias:

Con dedicación a mis Padres

*Teresa Pacheco Vázquez
Flavio Uscango Flores*

*Dra. Rosaura Bernal Pérez
Por su apoyo a la realización
Del Presente Trabajo.*

INDICE

	Pág.
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	15
METODOLOGIA	17
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	51

MARCO TEORICO

ATENCION PRENATAL

Los objetivos del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil presentan una plena identificación con los señalados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, consistentes en proteger y promover la salud de la madre y el niño, para contribuir a la disminución de su mortalidad.

Y es fundamental aumentar la cobertura de atención del embarazo y del control prenatal con calidad y calidez, además atender adecuadamente el parto y al recién nacido por personal capacitado, protegiendo y fomentando la lactancia materna. (1)

La prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio Madre-Hijo.

En el ámbito internacional aún no existe consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada; algunos autores han definido los criterios en forma objetiva y otros los han hecho de manera arbitraria. (2) (3)

DEFINICION

La atención médica prenatal es la que se otorga desde que se diagnostica el embarazo hasta el término del mismo.

GENERALIDADES

Durante la edad reproductiva de la mujer y en el periodo prenatal se puede detectar factores de riesgo, tanto para la madre como para el producto de la concepción, y por lo tanto deben establecerse las medidas terapéuticas necesarias de manera oportuna.

Para lograr una atención prenatal, con alto grado de eficiencia, el médico familiar deberá identificar de manera oportuna los factores de riesgo reproductivo; esto será posible si la paciente embarazada acude desde los primeros signos y síntomas

del embarazo o desde la primera falta de menstruación si es normorréica, y si además cumple regularmente con las citas programadas. (4)

El conocimiento de los problemas generales de la salud de la paciente permite al Obstetra interpretar correctamente la sintomatología que sobrevenga, así como las complicaciones.

Se planeará que la paciente haga su visita al consultorio o a la clínica una vez por mes hasta la 32ª semana; cada dos semanas hasta la 36ª semana; y después semanalmente o con mayor frecuencia si se presentan complicaciones hasta el parto. (5)

El examen clínico en el control del embarazo busca particularmente los siguientes síntomas: Tolerancia funcional, fatiga, fiebre, edemas, además de los siguientes exámenes: Peso corporal, control de la presión arterial, medida del crecimiento del fondo uterino. (6)

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. (7)

Es por ello que la detección oportuna de la desproporción cefalopélvica y la macrosomía, aunque condiciona altos índices de cesárea, no afecta la salud del binomio. (8) (9)

ACTIVIDADES

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

- Elaboración de la Historia Clínica.
- Medición y Registro de Peso y Talla.
- Medición y Registro de Presión Arterial.
- Valoración de Crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de Biometría Hemática completa, glucemia, grupo sanguíneo, Rh, examen general de orina y V.D.R.L.
- Aplicación de Toxoide Tetánico.
- Prescripción profiláctica de hierro, ácido fólico y orientación nutricional.
- Promoción de Lactancia Materna y Planificación Familiar.
- Identificación de signos y síntomas de alarma.
- Autocuidados de la salud.
- H.I.V. en mujeres de alto riesgo de S.I.D.A. (10)

El manejo de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) y de las infecciones genitales durante el embarazo debe tener una alta prioridad dentro del cuidado perinatal en los países en desarrollo, ya que en éstos países los nacimientos pretérmino, los recién nacidos con bajo peso al nacer y las complicaciones infecciosas postparto en la madre son más frecuentes que en los países desarrollados.

El cuidado de la evolución del embarazo implica inicialmente conocer la morbimortalidad del feto del recién nacido y de la madre, identificándose los factores nocivos en los cuales se puede tener una intervención.

Las E.T.S. forman parte del grupo de factores nocivos en la etapa perinatal que pueden ser modificados, no tan sólo con un tratamiento oportuno y adecuado, sino también con la implementación de medidas de prevención con el objetivo de disminuir de estas infecciones durante la etapa gestacional, con una consecuente reducción en sus repercusiones perinatales adversas. (11)

En la utilización de servicios de atención perinatal, se ha documentado ampliamente la influencia de la edad, la escolaridad, el trabajo, el estrato social, el lugar de residencia, el estado civil y la derechohabiencia entre otros factores. (12) (13)

Sin embargo, el acceso a dicha atención guarda relación directa con la situación económica de la mujer, por lo que las madres de escasos recursos tiene menos oportunidades de recibirla, tanto en desarrollo como en los Estado Unidos de América.

(14) (15)

Las actividades de este programa se llevan a cabo en todas las Unidades de Medicina Familia; destaca la importancia que se ha dado de brindar dicho servicio con suma eficiencia, tratando de identificar los factores de riesgo para prevenir los eventos que estando al alcance del Médico Familiar, disminuyen la morbilidad de estos grupos y concomitantemente la mortalidad. (16)

El acceso a los servicios obstétricos se ha deteriorado en años recientes ya que un gran número de médicos han discontinuado o restringido su práctica obstétrica. (17)

Se estima que en el Estado de Morelos, aproximadamente el 40% de los nacimientos son atendidos por parteras. (18)

Numerosos estudios han encontrado una relación entre la calidad del cuidado prenatal recibido y los resultados del nacimiento, pero pocos estudios han tenido la oportunidad de examinar el contenido del cuidado prenatal. (19) (20)

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. (21)

La investigación sobre la salud perinatal en Latinoamérica se enfrenta a serios problemas considerando especialmente las necesidades extremas de la región. La colaboración de los multicentros pueden ser una herramienta valorable para promover el desarrollo científico. (22)

La correcta atención pre y perinatal contribuirá 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 permita una rápida valoración por parte del Obstetra ante complicaciones más o menos inesperadas que pueden aparecer incluso en gestaciones de bajo riesgo. (23) (24)

Otra de las metas principales del cuidado prenatal es lograr la salud general de la madre y el tratamiento dental durante el embarazo, es una oportunidad para la salud dental de la madre y su mejoramiento. (25)

La importancia global de la nutrición en relación con el pronóstico perinatal favorable esta apenas comenzando a reconocerse en forma integral. Aunque el estado de nutrición puede estar relacionado con factores del tipo de la clase socioeconómica y la educación; es la nutrición la cual ejerce directamente un efecto biológico. (26)

En los Estados Unidos los suplementos de minerales y vitaminas se suelen recetar a las mujeres embarazadas como parte normal de la asistencia prenatal. Estos suplementos se suelen prescribir en forma de preparaciones incluyen 25-26 mg. de Hierro junto con otros minerales (por ejemplo, calcio, zinc, magnesio, cobre) y vitaminas. (27)

La nutrición inadecuada, el consumo de cigarrillos, el alcohol, la farmacodependencia y una mala atención prenatal durante el embarazo se asocian con diversos peligros en la etapa fetal, entre ellos una mayor frecuencia de bajo peso al nacer y esta a su vez relacionado con una tasa más alta de mortalidad neonatal y con retraso del desarrollo en los sobrevivientes. (28) (29)

La UNICEF reporta para México una incidencia de bajo peso al nacer de 12%, por ello la Oficina Sanitaria Panamericana (O.P.S.) reconoce el peso al nacer como un indicador esencial para el monitoreo y la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño, así como de los programas de nutrición y salud Materno-Infantil. (30) (31)

La ingesta de cafeína antes y durante el embarazo se asocia a un incremento en el riesgo de aborto espontáneo, lo que apoya la recomendación de la U.S. Food and Drug Administration, para que las mujeres embarazadas disminuyan su ingesta de cafeína, recomendación que esta basada principalmente en estudios efectuados en animales de experimentación, ya que se difunde a casi todos los tejidos, atravesando también la barrera placentaria, debido a su relación estructural con las bases purínicas del ADN, además aumenta el nivel de monofosfato cíclico de adenosina en las células y puede interferir en el crecimiento. (32)

LACTANCIA MATERNA Y HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

En 1989 se inició un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna, con la declaración conjunta de la OMS/UNICEF, el Programa Nacional y Comité Nacional de Lactancia Materna, que planearon estrategias para el establecimiento de los hospitales amigos del niño y de la madre, basados en: "Los diez pasos hacia una lactancia exitosa" con el objeto de: establecer un modelo de atención hospitalaria para la madre y el niño que otorgue servicios con calidad y calidez. (33)

En los últimos años se han publicado muchos estudios en los que reiteradamente se señalan las múltiples ventajas que el amamantamiento natural ofrece tanto al niño como a la madre, la importancia de esta práctica, desde el punto de vista de salud pública, se desprende de sus múltiples ventajas que van desde los elementos biológicos, hasta los psicosociales y que permitan que la leche materna pueda ser calificada como única. (34) (35)

La declinación del amamantamiento y la alta prevalencia de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, han generado diversas acciones para conservar y promover la cultura del amamantamiento, dentro de las cuales destacan la educación de los profesionales de salud y la iniciativa del "Hospital Amigo del Niño" (HAN). Una de las 10 acciones específicas que promueve el HAN es el contacto temprano Madre-Hijo, conocido como alojamiento conjunto (AC) y el asesoramiento específico para iniciar el amamantamiento.

El AC se inicia cuando madre e hijo se encuentran en la misma cama, promoviéndose al inicio del amamantamiento y los cuidados maternos. (36) (37)

Por lo tanto la etapa prenatal es el mejor periodo para motivar y alentar a las madres a que amamenten a sus hijos.

Con frecuencia las embarazadas desconocen las formas de prepararse a la lactancia. Ha sido comprobado que las mujeres amamantan por más tiempo y con menos problemas cuando están preparadas.

Es importante enseñarle como prepararse para alimentar a su hijo y que hacer en caso de que se presenten algunos problemas, así como resolverle dudas e interrogantes. Identificar las expectativas de las embarazadas acerca de la lactancia, para resolver sus dudas y adaptar la enseñanza a lo que ella solicite. Es necesario que en esta etapa preguntarle a la futura madre: sus deseos de amamantar, el tiempo que desea hacerlo, experiencias previas de amamantamiento y sus expectativas en relación al trabajo y la lactancia. (38) (39)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que un número cada vez mayor de mujeres embarazadas acuden a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", pero desconocemos el número de ellas que acuden a la resolución de su embarazo en la Clínica Hospital 30 04 00 I.S.S.S.T.E., en Orizaba, Ver.

¿En qué culmina la gestación y dónde se atiende el trabajo de parto las pacientes inscritas en el programa "Clínica del embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" de la Clínica-Hospital de Orizaba, Veracruz en el período comprendido del 1º de agosto de 1994 al 30 de abril de 1995?

JUSTIFICACION

Es de todos conocido que las madres y los niños se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad.

Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran ambos, durante las etapas del embarazo y de la infancia relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo.

La atención prenatal temprana es esencial para la buena salud de la madre y el niño, practicada con regularidad, se asocia con tasas muy reducidas de mortalidad materna.

A pesar de que existe un control de la asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" y de que existen en general un control de pacientes que acuden a resolver su embarazo en esta unidad, no se ha realizado un trabajo de investigación que relacionan ambos eventos, es decir, que establezca el número de pacientes asistentes a al "Clínica de Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" que resuelvan el mismo en esta unidad.

Dentro del Programa Hospital del Niño y de la Madre, se estableció en esta unidad la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", desde agosto de 1994, que tiene como objetivo capacitar al 100% de las mujeres embarazadas que se presentan en la consulta externa, con un incremento en la calidad de la atención de los derechohabientes embarazadas, calidad de la atención que ha presentado como consecuencia, un número cada vez mayor de asistentes a la misma.

Este estudio de investigación es factible por ser un modelo de atención en donde por primera vez participa dicha Clínica Hospital como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, además de ser uno de los programas que fomentan la salud del binomio Madre-Hijo. Así mismo se dispone de los recursos humanos, material y financiero necesario para el desarrollo del presente estudio, y para dar solución a los problemas o limitantes a la paciente embarazada, con lo cual se beneficiará el binomio Madre-Hijo y a la familia al garantizar un inmejorable control prenatal y a la Institución al disminuir el costo generado por una inadecuada asistencia prenatal.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar en que culminó la gestación y dónde se atendieron el trabajo de parto las pacientes inscritas en el programa "Clínica del embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" durante sus primeros ocho meses de actividades.

ESPECIFICOS

1. Conocer el número total de pacientes que acudieron a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" durante los primeros ocho meses de sus actividades.
2. Determinar del total de pacientes, cuántas pacientes foráneas y número de pacientes no derechohabientes.
3. Conocer el número de consultas subsecuentes y de primera vez que se atendieron en la Clínica – Hospital Orizaba, Veracruz en el período comprendido del 1° de agosto de 1994 al 30 de abril de 1995.

4. Describir el total de pacientes asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" que acudieron a la atención de su parto en esta Unidad: cuántas concluyeron en eutocias y distocias.
5. Determinar las causas de distocias.
6. Determinar el total de pacientes que acudieron a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", con resolución de su gestación en esta Unidad concluyeron en aborto u óbito.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó en el área sociomédica observacional, descriptivo, y transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Todas las pacientes embarazadas derechohabientes que acudieron a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", del 1º de agosto de 1994 al 30 de abril de 1995, en la Clínica - Hospital de Orizaba, Veracruz I.S.S.S.T.E. 30 04 00.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No aleatoria por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a todas las pacientes embarazadas derechohabientes, sin importar edad ni tiempo de gestación, que acudieron a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna". Y a las que resolvieron su gestación en esta unidad, sin importar el tipo de resolución del embarazo (aborto, óbito, eutócía o distócía).

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron a todas las pacientes derechohabientes que acudieron a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" y que no resolvieron su gestación en la unidad y a las pacientes no derechohabientes asistentes a la Clínica.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron a todas las pacientes embarazadas foráneas asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

INFORMACION A RECOLECTAR

Se consideraron los siguientes puntos:

NOMBRE Y CEDULA.- Como antecedentes para la comprobación de resultados y para estudios posteriores.

NUMERO DE ASISTENCIA A LA CLINICA DEL EMBARAZO.- Se agruparon por primera vez y subsecuente, en el último se anotaron el número de consultas se ordenaron de acuerdo a la frecuencia de presentación.

FECHA DE ULTIMA ASISTENCIA.- Los datos se relacionaron con fecha de resolución del embarazo en esta unidad y con los datos de consulta unitaria.

RESOLUCION DEL EMBARAZO.- Se agruparon en eutócias, distócias (fórceps y cesáreas), óbito, aborto, prematuridad y postmaduras.

UNIDAD EN DONDE SE RESOLVIO LA GESTACION.- Se agruparon en Orizaba u otra unidad (sector salud o privado).

UNIDAD ADSCRIPCION.- Se agruparon con adscripción en Orizaba o Foránea (en orden de frecuencia, de presentación).

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION

Primeramente se buscaron los datos en la libreta de control de asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", basándose en los criterios de selección ya mencionados registrándose los datos en el formato elaborado específicamente para el estudio de investigación (Anexo I), Además, se solicitaron los egresos hospitalarios de eventos obstétricos al departamento de estadística para conocer la resolución de la gestación de cada una de las asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", concentrándose los mismos en el Anexo I ya mencionado.

A todos los datos se les aplicó el método estadístico descriptivo presentándose la información obtenida a través de tablas y gráficas. Y finalmente la síntesis y la graficación de los datos obtenidos, efectuándose un análisis de los mismos y elaborándose conclusiones y sugerencias derivadas del trabajo de investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se consideraron las recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinky, para investigaciones biomédicas no clínicas.

1. En la aplicación pura y científica de la investigación efectuada con seres humanos, es deber del investigador permanecer protector de la vida y salud de la persona, sujeta a investigación.
2. En las investigaciones con el ser humano, el interés de la ciencia y la sociedad nunca deben preceder a las consideraciones sobre el bienestar del sujeto.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Se investigó toda la información de la libreta de control de asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", durante los primeros ocho meses de actividades y de las formas de egreso hospitalario de eventos obstétricos. Donde se observó que acudieron 110 pacientes embarazadas, de las cuales 9 pacientes fueron eliminadas por ser foráneas, 8 pacientes eran no derechohabientes, además de 25 pacientes ignoramos el tipo de resolución y fecha de parto, con respecto a la atención obstétrica se registró, si se hizo cesárea o si se trató de parto eutócico, distócico o fortuito.

Se revisó la libreta de control de asistencias de la "Clínica de la Lactancia en apoyo a la Lactancia Materna" y se valoró que de las 68 pacientes atendidas de su parto 52 acuden a esta clínica.

Con respecto al número de consultas subsecuentes en relación con el número de pacientes atendidas en la Clínica-Hospital podemos observar que el 33.33%, corresponde al mayor número de consultas subsecuentes y el 9.52%, corresponde al menor número de asistencia.

También se observó que la asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" de las pacientes atendidas en la Clínica-Hospital, fue de una consulta a sólo un mes de resolución del parto y que equivale a un 39.7%.

El número de pacientes embarazadas que acudieron a la resolución de su parto fueron 68 de las cuales 24 fueron parto eutócico y 44 parto distócico.

La causa de los partos distócicos fue la desproporción cefalopélvica.

De las 68 pacientes atendidas en la Clínica-Hospital ninguna culminó su gestación en aborto u óbito, y no se presentó ningún caso de prematuridad ni postmadurez.

•

TABLA I

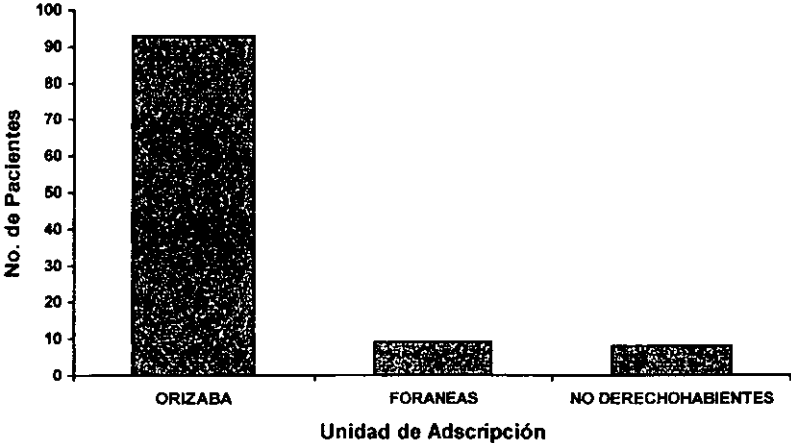
**UNIDAD DE ADSCRIPCION DE LAS DERECHOHABIENTES
ASISTENTES A LA CLINICA**

UNIDAD DE ADSCRIPCION	No. DE PACIENTES	%
Orizaba	93	84.54
Foráneas	9	8.18
No Derechohabientes	8	7.28
TOTAL	110	100

FUENTE.- Libreta de Control de Asistencias a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

**UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN DE LAS DERECHOHABIENTES
ASISTENTES A LA CLÍNICA**

GRÁFICA I



FUENTE.- Libreta de Control de Asistencias a la "Clínica de Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

TABLA I A

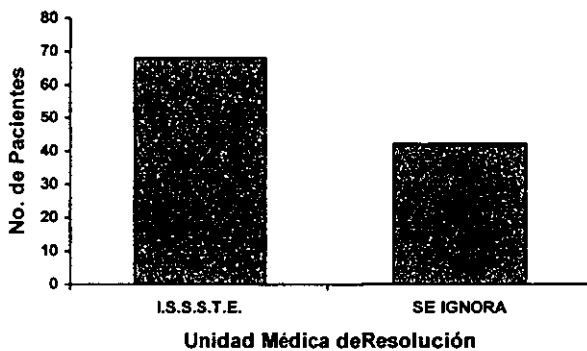
UNIDAD EN DONDE SE RESOLVIO LA GESTACION DE LAS DERECHOHABIENTES ASISTENTES A LA CLINICA

UNIDAD DE RESOLUCION	No. DE PACIENTES	%
I.S.S.S.T.E. Orizaba	68	61.81
Se ignora	42	38.19
TOTAL	110	100

FUENTE.- Egresos de eventos obstétricos.

**UNIDAD EN DONDE SE RESOLVIO LA GESTACION DE LAS
DERECHOHABIENTES ASISTENTES A LA CLINICA**

GRAFICA I A



FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

TABLA II

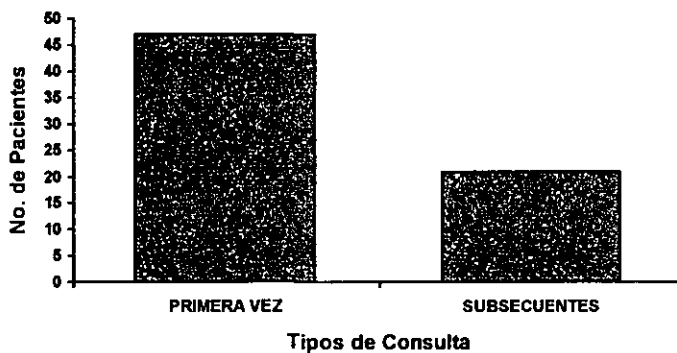
TIPO DE CONSULTAS A LAS PACIENTES ESTUDIADAS

TIPO DE CONSULTA	No. DE PACIENTES	%
1 vez	47	69.2
Subsecuentes	21	30.8
TOTAL	68	100

FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

TIPO DE CONSULTAS A LAS PACIENTES ESTUDIADAS

GRAFICA II



FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

TABLA III

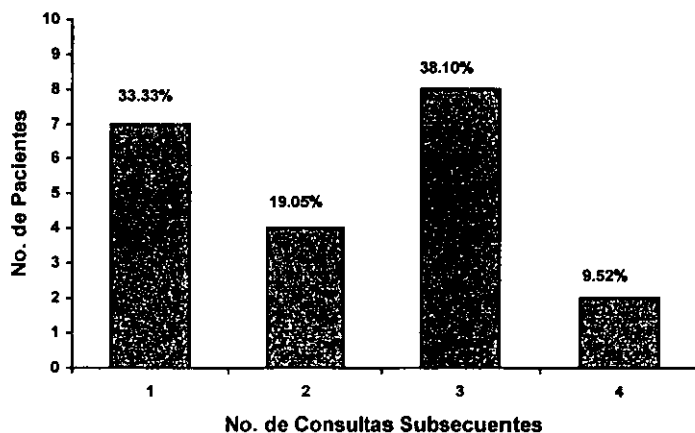
**DEMANDA DE ATENCION SUBSECUENTE POR
NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS**

NUMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES	No. DE ASISTENTES	%
1	7	33.33
2	4	19.05
3	8	38.10
4	2	9.52
TOTAL	21	100

FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

DEMANDA DE ATENCION SUBSECUENTE POR NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS

GRAFICA III



FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo y apoyo a la Lactancia Materna".

TABLA IV

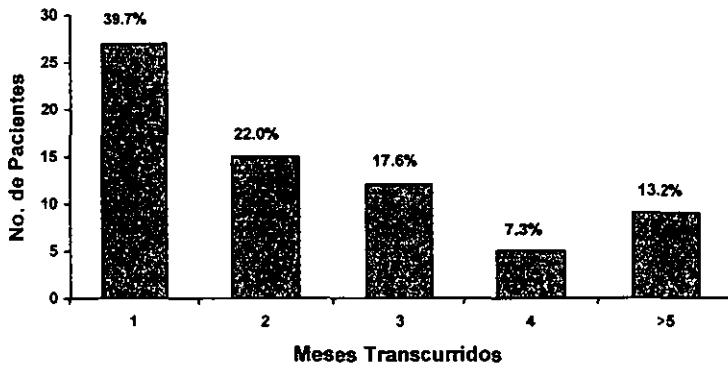
**RELACION ENTRE LA ULTIMA CONSULTA Y
FECHA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO**

MESES TRANSCURRIDOS	No. DE PACIENTES	%
1	27	39.7
2	15	22
3	12	17.6
4	5	7.3
>5	9	13.2
TOTAL	68	100

FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

**RELACION ENTRE LA ULTIMA CONSULTA Y
FECHA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO**

GRAFICA IV



FUENTE.- Libreta de control de Asistencia a la "Clínica del Embarazo y apoyo a la Lactancia Materna".

TABLA V

RESOLUCION DEL EMBARAZO

TIPO DE RESOLUCION	No. DE PACIENTES	%
Eutócico	24	35.29
Distócico	44	64.71
TOTAL	68	100

FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

TABLA V A

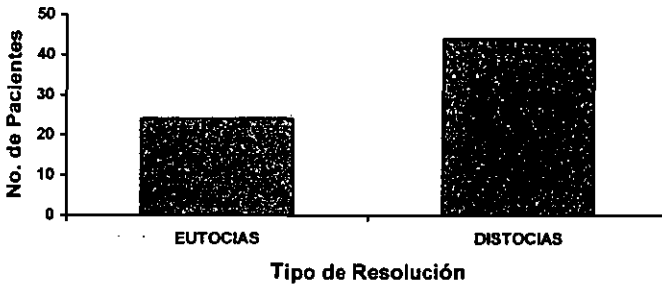
TIPO DE DISTOCIAS

TIPO DE DISTOCIA	No. DE PACIENTES	%
Fórceps	0	0
Cesárea	44	100
TOTAL	44	100

FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

RESOLUCION DEL EMBARAZO

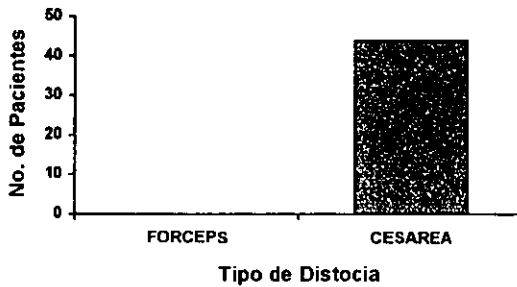
GRAFICA V



FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

TIPO DE DISTOCIAS

GRAFICA V A



FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

TABLA VI

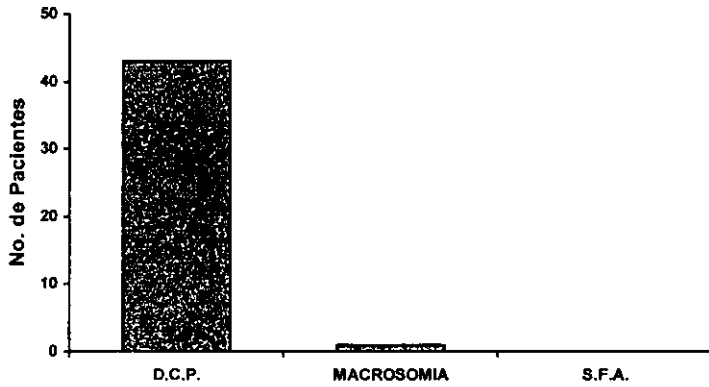
MOTIVO DE CESAREA

CAUSA DE CESAREA	No. DE PACIENTES	%
S.F.A.	0	0
MACROSOMIA	1	2.27
D.C.P.	43	97.73
TOTAL	44	100

FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

MOTIVO DE CESAREA

GRAFICA VI



FUENTE.- Egresos hospitalarios de eventos obstétricos.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Como ha podido observarse existe una significativa discrepancia entre lo reportado por la literatura y lo obtenido en este estudio que en ocasiones es positiva para nuestra unidad, pero en otras negativa.

Así tenemos que se describe en la literatura como el número ideal de consultas prenatales entre 8 y 10, y desafortunadamente el promedio de las mismas en la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" fue de 3. (3) (5)

Y en consecuencia obtuvimos un intervalo de tiempo entre asistencia a consulta y resolución de la gestación de 1 mes, discrepando con el ideal marcado en la literatura de una semana antes (3). La resolución ideal del embarazo es un parto eutócico con un producto sano (5) (6) (7), lo cual en nuestra "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" no se consiguió ya que en un 64.71% de las asistentes a la misma fueron distócias o cesáreas por D.C.P. en el 100% de los casos, tal y como se reporta en la literatura como causas de distócias (8) (9), aunque se debe hacer mención de que todos fueron productos sanos. (6) (7) (30) (31)

Observamos en la literatura consultada, un reporte estimativo de que en el Estado de Morelos, aproximadamente el 40% de los nacimientos son atendidos por parteras, no así en nuestra unidad ya que el 73.12% de las asistentes a la "Clínica del

Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" resolvió su gestación en esta unidad médica. (11)

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación fue posible resolver la pregunta planteada al inicio del mismo, ya que, como se describió anteriormente, que el 73.12% de las pacientes asistentes de la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" resolvieron su periodo gestacional en nuestra unidad.

Así mismo fue posible cumplir con los objetivos de la investigación, al determinarse el total de asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" su procedencia, el número de consultas prenatales y el desenlace de la mayoría de ellas (eutócias, distócias, abortos y óbitos).

En base a los resultados obtenidos en este estudio de investigación podemos concluir con algunas alternativas de solución para que un mayor número de asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna", resuelvan su gestación en nuestra Clínica-Hospital:

- Que el médico familiar se involucre al cien por ciento en la promoción continua de un adecuado control prenatal.

- Funcionamiento de la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" en el turno vespertino.
- Mayor concientización de los médicos especialistas (Gineco Obstétricos) para que canalicen a todas las pacientes embarazadas a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".
- Promoción en los centros de trabajo de que existe la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna" en la Unidad Hospitalaria del I.S.S.S.T.E. en Orizaba, Veracruz, y la atención del parto.
- Una mayor interrelación entre el médico familiar y los Gineco Obstétricos para un mejor control y seguimiento de las pacientes en periodo de gestación.
- Retroalimentación en los productores directos de la información (médicos familiares) a quienes les permitiría identificar las condiciones que deben intensificarse.

De llevarse a cabo todo lo anterior a este Modelo de Atención tendrá una mayor cobertura del control prenatal, el cual al efectuarse con la calidad y calidez que nuestras pacientes merecen, repercutirá en una menor mortalidad Materno-Infantil y en un continuo fomento de la Lactancia Materna para una mayor protección del binomio Madre-Hijo, al atenderse el parto en nuestra Unidad el 100% de las derechohabientes asistentes a la "Clínica del Embarazo en apoyo a la Lactancia Materna".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sentíes Y. La atención Materno-Infantil y los compromisos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, *Gaceta Médica de México*, 1994, 130 (2): 94-96.
2. Jasso L. Relevancia de la Salud Perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social, *Bol. Méd. Infan. México*, 1997, 54 (1): 54-58.
3. Martínez L., Reyes F. Utilización adecuada de la Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social, *Salud Pública México*, 1996, 38 (5): 341-351.
4. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia I.M.S.S., Atención Médica Prenatal, 1990, 31-35.
5. Benson R. Atención Prenatal, Benson R. Manual de Ginecología y Obstetricia, *El Manual Moderno*, 7a. edición México, 1986: 105-128.
6. Praxis Médica, Control del Embarazo, 1993, 10 (510): 1-10.

7. Jack A. Cuidados Prenatales, Williams, Obstetricia., Salvat, 3a. edición, México, 1987: 237-254.
8. Demott R., Dandmire F., The green bay cesarean section study, Am j Obstet Gynecol. 1992., 166 (6): 1799-1805.
9. Thurmau G, Mark A. The fetal-pelvis index: A method of identifying fetal pelvic disproportion in women sttempting vaginal birth after previos cesarean delivery. Am J Obstet Gyencol. 1991, 165 (2): 353-358.
10. Norma Técnica para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, EM 002 SSA, 1993.
11. Figueroa R., Narciso L. Frecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal, Ginecología y Obstetricia de México, 1994, 62: 93-97.
12. Rivera L. Influencia del Control Prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2o. nivel de atención, Ginecología y Obstetricia de México, 1994, 62: 185-

13. Lumbigamon P., Panamonta M. Factors associated with failure to receive antenatal care, *Obstet Gynecol.* 1991, 31 (4): 307-310.
14. Rodríguez R. De Madres a Madres: Programa comunitario para mayor acceso a la atención prenatal. *Bol of sanit Panam.* 1994, 116 (1), 82-85.
15. Machala M. Miner M. Piecing together the crazy quilt of prenatal care *Public Health Rep.*, 1991, 106 (4): 353-360.
16. Vega V. Evaluación de la Atención Materno Infantil en cinco unidades de Medicina Familiar, *Salud Pública de México*, 1993, 35 39, 283-287.
17. Schleunind D. Rice G. Addressing barriers to perinatal care. *Public Health Rep.* 1991, 106 (1): 47-52.
18. Castañeda G. Guzmán P. Una alternativa para la atención perinatal: las parteras tradicionales en el Estado de Morelos, *Ginecol Obstet México*, 1991, 59 353-357.

19. Kogan M. Kotelchuck L. Relation of the content of prenatal care to the risk of low birth weight., Maternal reports of health behavior advice and initial prenatal care procedures, JAMA 1994, 217 (17): 1340-1345.
20. Plank K. Prevention and treatment of prematurity in twin gestation, J Perinat Méd., 1993, 21 (4): 309-313.
21. Baena C Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. Atención Primaria 1992, 10 (4): 42-45.
22. Langer A. La colaboración internacional para la investigación en salud pública: el caso de la red Latinoamericana de Investigación Perinatal, Salud Pública de México, 1991, 33 (4): 410-415.
23. Díaz S. Cobertura y Calidad del seguimiento de la atención prenatal en un centro de salud. Atención Primaria, 1993, 12 (7): 401-406.
24. Schlaepter L. Bobadilla L. Relación entre patrones reproductivos y mortalidad infantil: Interpretaciones, alternativas. Salud Pública, México, 1990, 32 (4): 381-394.

25. Rogers S. Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham., *Community Dent Health*, 1991, 8 (4): 361-368.
26. Repke T Suplantación con calcio, magnesio, zinc y pronóstico perinatal. *Am J Obstet Gynecol*, 1990, 34 (2): 251-255.
27. Eskenari B. Administración rutinaria de suplemento de hierro durante el embarazo, *JAMA*, 1994, 3 (5): 269-296.
28. Fisenberg G. Salud mental infantil en las Américas: Atención Prenatal, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1993, 114 (5): 386-389.
29. Peter G. Diagnóstico Prenatal, *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 1993, 36 (3): 475-485.
30. Loraine S. Bajo peso al nacer en México: Evidencias a partir de una encuesta retrospectiva a nivel Nacional, *Bol. Méd. Hosp. Infant. México*, 1995, 52 (3): 168-179.
31. Buekens P. La atención Prenatal en América Latina, *Salud Pública, México*, 1990, 32: 673-684.

32. Infante C. aborto espontáneo asociado a la ingesta de cafeína durante el embarazo. JAMA 1994, 2 (6): 267-272.
33. Dueñas T. Impacto de un programa de capacitación sobre lactancia materna, Rev. Méx. Pediat. 1996., 63 (5): 219-222.
34. Pérez G. Lactancia y Cuidados de los hijos: Estudio de casos en dos zonas rurales de México, Salud Pública México. 1993, 35 (6): 692-696.
35. López M. Control Prenatal. Lactancia Materna: Conceptos prácticos para Médicos, La liga de la Leche de México, 1991, 22-23.
36. Cisneros S., Flores S., Alojamiento conjunto de la madre y su hijo, hospitales amigo y promoción del amamantamiento en México, Bol. Méd. Hosp. Infant. México, 1995, 52 (2): 135-139.
37. Cisneros S., Gallejos R., Alojamiento conjunto Madre-Hijo, e inicio de amamantamiento en un hospital de tercer nivel de atención, Salud Pública México 1995, 37 (5): 424-429.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

38. Kumate J. La Lactancia Exitosa: Manejo Prenatal. Kumate J. Lactancia Materna en México, Comité Nacional de Lactancia Materna en México, 1994, 231-243.

39. Rainer H. El arte femenino de amamantar: Las ventajas para la madre y el niño, Liga Internacional de la Leche, 1993, 571-604.

ANEXO

