

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

ENVIO OPORTUNO A SEGUNDO NIVEL DE LA MUJER
EMBARAZADA DE ALTO Y BAJO RIESGO EN CONTROL
PRENATAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
AUTOR: DR. ARISTIDES CABAÑAS OCAÑA



MEXICO, D. F.

2005

m347716



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.

ENVÍO OPORTUNO A SEGUNDO NIVEL DE LA MUJER EMBARAZADA DE ALTO
Y BAJO RIESGO EN CONTROL PRENATAL DE LA UNIDA DE MEDICINA
FAMILIAR # 41

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

DR. ARISTIDES CABAÑAS OCAÑA

AUTORIZACIONES



DRA. GLORIA LOERA ROMO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 14



DR. MIGUEL ÁNGEL DEL VALLE PADILLA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR METODOLÓGICO



DRA. LAURA OLALDE MONTES DE OCA
ASESOR DE TESIS DE LA SEDE

MÉXICO D. F.

2005



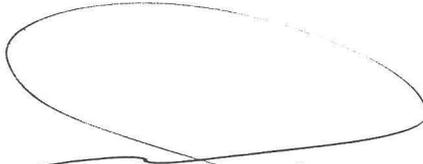
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ENVÍO OPORTUNO A SEGUNDO NIVEL DE LA MUJER EMBARAZADA DE ALTO
Y BAJO RIESGO EN CONTROL PRENATAL DE LA UNIDA DE MEDICINA
FAMILIAR # 41

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

DR. ARISTIDES CABAÑAS OCAÑA

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.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

MÉXICO D. F.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: CABAÑAS OCAÑA
ARISTIDES
FECHA: 07-SEP-05
FIRMA: _____

2005



A MIS PADRES:

ROMEO CABAÑAS y

MARIA DEL CARMEN TERESA OCAÑA:

Quienes me dieron la oportunidad de estar entre ustedes
y poder realizar un sueño para ellos y para mí,

dándome las armas para defenderme en la vida.

Gracias por darme la vida y que dios me perdone

Por anteponer a mis padres al omnipotente.

A DIOS:

En quienes mis padres siempre confiaron y
me inculcaron a creer, por que les dio la vida
y la Fe.

Gracias por recordarme que para tomar
la mano de dios en el cielo, tenemos que
tendérsela a alguien en la tierra.

A MIS HERMANOS:

Elia Azelia, José Lizardo, Rodolfo Efrén y Abelardo

quienes siempre tuvieron un aliciente para mí,
para poder seguir adelante y cumplir mis metas.

Es difícil encontrar palabras

para agradecerles lo mucho que me han dado,

pero que conste que lo intentado.

A MIS HIJOS:

Con quienes quisiera compartir esta culminación de mi carrera y poder de alguna manera ser paradigma a seguir. Y también gracias por recordarme que a veces se necesita tanto valor para mirar lo que dejamos atrás como para enfrentarnos a lo que tenemos delante.

A MI COMPAÑERA:

Por todo el apoyo que me brindo siempre, y por recordarme que en la vida se debe de disfrutar cada momento como si fuera el último.

PARA ARISTIDES EMANUEL:

Quien ha sido parte importante para la maduración de un servidor y quien ha sido fuente de inspiración para la terminación de un logro mas y quien **ROMEO AZAHEL** ha influido grandemente para tal efecto con sus consejos, comprensión, ternura y amor. Para ambos gracias por recordarme que la vida nos depara momentos supremos que nos unen y abrazan.

A mis compañeros: de sede
en especial a la Dra. **Catalina** y Dra. **Berta**
por la convivencia, confianza, y por recordarme
que la versatilidad de opiniones tiene cabida
para conocernos mejor y respetarnos. Los amigos
se hieren con la verdad para no matarse con
la mentira.

Al Dr. **Miguel Ángel Padilla** por la
orientación y ubicación en este documento.

A la Dra. **Gloria Loera** por su
dedicación, comprensión y constancia.

Al Dr. **Pedro Dorantes** por la oportunidad
de alternar e intercambiar puntos de vista.

A la Dra. **Pineda** por su atención y apoyo.

Al Dr. **Miguel Ángel Fernández**: por la
oportunidad que me brindo de continuar y
por creer en un servidor.

ARIMAC: Por la información
aportada para la realización del presente.

TITULO DE LA TESIS:

**ENVÍO OPORTUNO A SEGUNDO NIVEL DE LA MUJER
EMBARAZADA DE BAJO Y ALTO RIESGO EN CONTROL
PRENATAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 41**

ÍNDICE

1).- Título	Pág. 1
2).- Índice general	2
3).- Antecedentes	3
4).- Planteamiento del problema	5
5).- Justificación	7
6).- Objetivos	9
7).- Metodología	10
a).- Tipo de estudio	10
b).- Población, lugar y tiempo de estudio	10
c).- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	10
d).- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	10
e).- Información a recolectar y variables a recolectar	11
f).- Método o procedimiento para captar la información	23
g).- consideraciones éticas	23
8.- resultados	24
9.- Discusión (análisis de resultados)	30
10.- Conclusiones	34
11.- Referencias bibliograficas	35
12.- Anexos	38

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La salud materno infantil es prioridad nacional, conforme a lo que establece la Ley General de Salud en el Título Tercero, Capítulo V.¹

La mortalidad es uno de los componentes fundamentales del estudio y dinámica de la población y debe entenderse como la resultante de la interacción de factores biológicos, sociales y ambientales, que en forma negativa y parcial, expresa el estado de salud de una colectividad, cuyo mejoramiento es un objetivo social indiscutible.²

Las tendencias demográficas del orbe sobre todo, la verificación de las repercusiones del embarazo sobre la salud materno infantil, han obligado a cambiar radicalmente las políticas poblacionales del mundo; y si antes estas orientaban los medios de desarrollo a proteger los grandes núcleos familiares, en la actualidad se planean con fines de mejorar los índices de morbilidad y mortalidad de las madres y los niños, y de incrementar las condiciones socioeconómicas de un país.³

La organización mundial de la salud (OMS), calculó que cada año se presentan en el mundo 5000 defunciones maternas. La inmensa mayoría de estas defunciones ocurren en países en desarrollo.⁴ En nuestro país entre los años de 1990 a 1994 las tasas de mortalidad materna han oscilado entre 90.30 y 57.15 por 100,000 nacidos vivos, que son altas en contraste con las de países desarrollados que oscilan entre 9 y 30 por 100,000 nacidos vivos.⁵

Las complicaciones de estas etapas, comparten la característica de ser predecibles y previsibles a través de procedimientos médicos que habitualmente no requiere del empleo de alta tecnología y de elevado costo.⁶

En México para 1996 las afecciones originadas por el período perinatal ocuparon el octavo lugar dentro de las causas de mortalidad general con una tasa de 21.1 por 100 000 habitantes.⁷

Con base en las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social⁸, la mortalidad perinatal ha experimentado una reducción considerable en los últimos cuarenta años⁹. Estas tasas permanecieron sin cambios en la década de los ochentas¹⁰.

Los reportes del Instituto Nacional de Perinatología señalan también una disminución de la mortalidad perinatal en la década de los ochentas.

Ambos reportes coinciden en considerar que la disminución de estas tasas ha sido el resultado de la mejora en la calidad de la atención al enfocarse en los problemas identificados en los procesos de referencia y contrarreferencia lo que favorece una atención médica integral¹¹.

Sin embargo, la mortalidad materna y perinatal continúa siendo uno de los grandes problemas de salud para nuestro país con grandes repercusiones que justifican la

participación de los programas de reforma al Sistema Nacional de Salud¹² y de Salud Reproductiva de 1995 a 2000 en México¹³.

En la U.M.F. # 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación 01 Noroeste del Distrito Federal en el año 2003 se otorgaron 258 322 consultas de Medicina Familiar de las cuales 91 744 fueron de primera vez y 166 578 fueron subsecuentes. De las cuales 10 182 fueron de supervisión del embarazo normal.¹⁴

El instituto mexicano del seguro social atiende a la mayoría de la población trabajadora y a sus familiares, el índice de demanda de atención por control prenatal de la unidad de medicina familiar # 41 como hemos visto en el párrafo anterior es el 3.94%. El medico familiar debe realizar durante la atención prenatal de primera vez una serie de acciones para valorar el estado de la paciente, practicarle exámenes de laboratorio, enviarla a trabajo social, dental, medicina preventiva etc. La valoración de la paciente en edad fértil, y con embarazo lo entendemos así:

Riesgo reproductivo: es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor.

Riesgo obstétrico: se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto. La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características e intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.¹⁵ La presencia de uno o mas de los factores de riesgo que permite clasificar al embarazo como de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo son los siguientes: adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años, edad de 35 años o mas, diabetes, hipertensión arterial, multigravidez, abortos, malformaciones congénitas, cesárea previa, muerte fetal, hemorragia en la segunda mitad del embarazo, nefropatía, cardiopatía, prematurez, intervalo intergésico menor de 2 años, preeclampsia-eclampsia. La valoración del riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido, y no un problema o complicación ya establecido.¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que las tasas de mortalidad materna y perinatal, según las estadísticas presentadas por el I.M.S.S, han disminuido el tipo de muertes maternas y sus factores asociados, no se han modificado.

La información también sugiere calidad insuficiente en la vigilancia prenatal, durante el parto y en el puerperio, en los servicios de asistencia obstétrica.¹⁷

El embarazo y el parto han sido considerados tradicionalmente como procesos naturales, como procesos fisiológicos que deberían desarrollarse sin problemas para la madre. Sin embargo, sabemos bien que tanto uno como el otro pueden ser motivo de complicaciones graves que desgraciadamente conducen a la muerte de la mujer con frecuencia variable según muy diversos factores entre los cuales destacan muy formalmente la disponibilidad y la calidad de la atención obstétrica,¹⁸ de donde puede afirmarse que el índice de mortalidad materna es sin duda un indicador del desarrollo de un país y que mientras se presenten muertes maternas previsibles, la atención a la salud tendrá que mejorarse, bien ordenando o recomendando programas y acciones de medicina preventiva de orientación a una comunidad determinada para llevar a cabo un mejor control prenatal para disminuir o mejorar complicaciones médicas durante el embarazo, parto o puerperio, o referentes a mejorar la preparación académica y de entrenamiento del personal médico y paramédico, y también los referentes a mejoras de instalaciones hospitalarias, hecho estos que probablemente no podrían ser detectados sino se lleva a cabo el estudio y análisis de la ya citada mortalidad materna y que demuestran la extraordinaria importancia de estas acciones con las cuales se contribuye al mejor desarrollo del país y en particular a la mejoría de la atención obstétrica de la población que repercute en un mejor bienestar materno infantil.¹⁹

La atención prenatal incompleta o ausente, se ha asociado a recién nacidos con bajo peso al nacer y con muertes perinatales, por lo que un control adecuado ofrece la oportunidad de identificar u corregir tempranamente problemas de salud, una vez que la gestación se ha iniciado.²⁰

Los criterios de referencia y contrarreferencia entre el primero y segundo nivel de atención médica en el instituto es ambiguo en la definición operacional de los procesos que corresponden al personal involucrado en los dos niveles. La definición operacional de los criterios de referencia y contrarreferencia pueden basarse en los conocimientos del profesional que los realiza, con base a enfoque que este tiene y ello puede generar enfoques diferentes de una misma situación que da por resultado evaluaciones arbitrarias y falla en la comunicación entre los niveles de atención para la misma paciente (cada profesional en uno y otro nivel actúa de manera aislada).²¹

No se establece de esta manera, criterios claros para delimitar donde y que profesional de salud termina un procedimiento y donde se inicia el resultado final del mismo, dificultando el proceso de asistencia que genera retrasos e interfiere en la cadena integrada de acción.

Igualmente interesante, resulta el dato de que cerca de 27.7 % de la responsabilidad de la muerte materna se atribuyo a la propia paciente, lo que también refuerza la afirmación en el sentido de que se necesitan implementar las acciones de comunicación, información y educación que permitan a las mujeres embarazadas la identificación de sus riesgos, y que promuevan el uso correcto y oportuno de tales servicios.²²

En el instituto nacional de perinatología a partir del año de 1984 se crea el Comité de Mortalidad Perinatal que tiene por objetivo el identificar, mediante el análisis a profundidad y en forma confidencial , los factores que intervinieron en las muertes perinatales con el fin de proporcionar elementos para evaluar el nivel de calidad de los servicios de salud.²³

Dentro de los problemas de estructura se contemplaron los relacionados con recursos humanos, recursos materiales y recursos tecnológicos. Los problemas de proceso se agruparon en cuatro categorías: procedimiento diagnóstico, integración diagnóstica, tratamiento medicamentoso y por ultimo problemas de manejo clínico.²⁴

En la Unidad de Medicina Familiar # 41 se otorgaron 10 182 consultas de supervisión del embarazo normal durante el año del 2003 de las cuales 8 307 fueron subsecuentes y 1 875 de primera vez. De los padecimientos mas frecuentes relacionados con el embarazo están infección de vías urinarias con 447 consultas, anemia con 327 consultas, asma bronquial con 324 consultas, amenaza de aborto con 317 consultas, cervicovaginitis con 266 consultas, conjuntivitis con 183 consultas, preeclampsia con 166 consultas, gastritis con 141 consultas, amenaza de parto prematuro con 82 consultas e hipertensión arterial con 40 consultas.²⁵

¿Es oportuno el envío a segundo nivel de la paciente embarazada de bajo y alto riesgo en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41?

JUSTIFICACIÓN

Puede afirmarse que mientras se presenten muertes maternas y del recién nacido que sean previsible, la atención a la salud prenatal tendrá que mejorarse.

Cada vez es más deseable que las tasas de mortalidad materna y perinatal permanezcan bajas y continúen disminuyendo.

Los resultados de los criterios de referencia y contrarreferencia dependen tanto de las especialidades involucradas como del propio médico que haga el procedimiento.

El respeto y la apropiada integración entre el primer nivel y segundo nivel con respecto a los criterios de referencia y contrarreferencia son fundamentales en la atención de las mujeres embarazadas.

El control prenatal algunos autores lo han definido como el conjunto de acciones o procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.²⁶

Los avances científicos y epidemiológicos, producto del interés hacia la salud materno infantil, identifican y definen EL RIESGO REPRODUCTIVO como la probabilidad de ocasionar daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal a consecuencia del evento obstétrico.

La definición puntual de los criterios y procedimientos del control prenatal conlleva una mayor eficiencia en la atención integrada de la mujer embarazada.

La identificación de los factores de riesgo que interfieren en la adecuada coordinación de primero y segundo nivel de atención médica para la mujer embarazada facilitará la forma de estandarización en estos procedimientos que mejorara su eficiencia y con ello, la prevención de patologías maternas y fetales que condicionan la morbi-mortalidad.

En cuanto a la mortalidad infantil, la disgregación entre causas perinatales y las demás causas, obedece a la prevención de las primeras, requiere de una estrecha vigilancia del embarazo, así como adecuada atención del parto y del periodo perinatal mientras que las segundas se asocian más bien a las condiciones de vida, ya que no es posible modificar las condiciones de vida de la población, el médico familiar y los demás integrantes del equipo de salud, si pueden intervenir en los aspectos de prevención y educación a la población en aspectos de salud.

Por último la asignación de preventibilidad de las muertes es de vital importancia para las instituciones ya que de ello depende la toma de decisiones para lograr una mejora en la calidad de los servicios. Si se analiza el comportamiento en el instituto, podemos decir que el porcentaje de muertes prevenibles, ha disminuido en forma considerable en los últimos años, lo que podría relacionarse con una mejor calidad y manejo de las pacientes dentro de la institución. Consideramos que con la información obtenida deben desarrollarse guías

específicas que ponderando cada uno de los factores que determinan la muerte (peso, edad gestacional, causa de muerte, momento de la defunción), permiten determinar la preventibilidad. En nuestros resultados, el mayor porcentaje de problemas de proceso, obliga a considerar que se requiere mayor apego a la norma y mayor supervisión de la labor clínica.²⁷

Las afirmaciones anteriores justifican ampliamente la necesidad del presente estudio de investigación clínica.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia de envíos oportunos a segundo nivel de la mujer embarazada de bajo y alto riesgo en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41.

ESPECIFICO:

Identificar mediante el expediente clínico y la forma MF5/2000 si la mujer embarazada en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41, presenta alto o bajo riesgo de acuerdo a los datos.

Identificar factores de riesgo en el expediente clínico, mediante la forma MF 5/2000 notas médicas, historia clínica y referencia-contrarreferencia en relación a riesgo bajo y alto en la mujer embarazada en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41.

Identificar en el expediente clínico las patologías mas frecuentes de referencia a segundo nivel de la mujer embarazada de bajo y alto riesgo en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41.

Identificar si el medico familiar realizo el diagnostico adecuado en base del riesgo alto o bajo para envío a segundo nivel de la mujer embarazada en control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar # 41

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Retrolectivo, transversal y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO: Todos los expedientes de pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa del Médico Familiar para el control prenatal en la unidad de medicina familiar # 41 de la delegación 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los meses de julio a diciembre del año 2003.

DETERMINACIÓN ESTIMADA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: Este estudio es retrolectivo, transversal y descriptivo y no es factible estimar estadísticamente el tamaño de la muestra; pues todas las pacientes embarazadas que cumplen los criterios de inclusión serán analizadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que son derechohabientes del I.M.S.S.
- Pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar # 41
- Pacientes en control prenatal de julio-diciembre del 2003.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes en control prenatal que no tengan expediente clínico.
- Pacientes en control prenatal que en el expediente clínico no se encuentre forma MF5/2000 (vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico), referencia, notas medicas del envío o evolución.

Análisis de datos: los datos se recabaran en el anexo 1, y posteriormente se realizara el desglose de cada anexo, para su análisis de estadística descriptiva.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

El riesgo obstétrico se medirá en base a la forma MF 5/2000 del Instituto Mexicano del Seguro Social que recibe el nombre de “vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico”, el cual en sus diferentes apartados conlleva una calificación en la cual más de 4 puntos nos indican un riesgo alto. Variable cualitativa ordinaria y cuantitativa discreta.

Edad: de 20 a 29 años nos valora 0 puntos.

De 15 a 19 y de 30 a 34 años nos valora 1 punto.

Menos de 15 y más de 34 años nos valora 4 puntos.

Peso habitual: 50 kilos o mas nos valora 0 puntos.

Menos de 50 kilos nos valora 1 punto.

Talla: 150 centímetros o mas nos valora 0 puntos.

Menos de 150 centímetros nos valora 1 punto.

Escolaridad materna: secundaria o más nos valora cero puntos.

Primaria o menos nos valora 0.5 de punto.

Gesta: de 2 a 4 embarazos nos valora 0 puntos.

Primigesta nos valora 1 punto.

Más de 4 embarazos nos valoran 4 puntos.

Abortos: de 0 a 1 aborto nos valora 0 puntos.

Dos abortos nos valoran 2 puntos.

Tres o más abortos nos valoran 4 puntos.

Cesárea: ninguna nos valora 0 puntos.

Una o más Cesáreas nos valora 4 puntos.

Intervalo intergésico: de 25 a 60 meses nos valora 0 puntos.

Menos de 25 o mas de 60 meses nos valora 0.5 puntos.

Antecedentes obstétricos: ninguno nos valora 0 puntos.

Preeclampsia-eclampsia, polihidramnios, sangrado del tercer trimestre, parto

Pretérmino, bajo peso al nacer menos de 2500 gr. Malformaciones congénita,

Muerte fetal tardía, Macrosomía mas de 4 000 gr. Cirugía pélvico uterina,

Cualquiera de los anteriores nos valora 4 puntos.

Antecedentes personales patológicos: ninguno nos valora 0 puntos.

Hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, otra enfermedad crónica y/o

Sistémica, cualquiera de las anteriores nos valora 4 puntos.

Tabaquismo: negativo o menos de 10 cigarros nos valora 0 puntos.

10 o mas cigarros nos valora con 1 punto.

Peso de la embarazada: ganancia en kilos esperada nos valora 0 puntos.

Mayor o menor a la esperada nos valora 4 puntos.

Tensión arterial: más de 140/90 nos valora 4 puntos

Tensión arterial media: 105 o mas nos valora 4 puntos.

Edema: de cualquier zona nos valora ++ o mas 4 puntos.

Altura fondo uterino: medición en centímetros del abdomen a partir de la sínfisis del pubis

Nos valora un incremento o decremento no esperado con 4 puntos.

Síndrome vasculoespasmódico: ausente nos valora con 0 puntos.

Presente nos valora con 4 puntos.

Frecuencia cardiaca fetal: menos de 120 o más de 160 latidos por minuto nos valora 4 pun-

os y entre 120 y 160 latidos por minuto nos valora 0 puntos.

Hemoglobina: 9.5 gr. o menos nos valora 2 puntos,
Después de la semana 34 nos valora 4 puntos.
Proteinuria: 300 mg o más en 24 hrs. nos valora 4 puntos
Menos de 300 mg nos valora 0 puntos.
Eritrocituria: 2 o más por campo nos valoran 2 puntos.
Dos veces consecutivas nos valora 4 puntos.
Leucocituria: 10 o más por campo nos valoran 2 puntos.
Dos veces consecutivas nos valora 4 puntos.
Bacteriuria: 10 o más por campo nos valoran 2 puntos.
Dos veces consecutivas nos valor 4 puntos.
Urocultivo: positivo nos valora 4 puntos.
Negativo nos valora con 0 puntos.
Glucemia: menor de 110 mg/dl. Nos valora 0 puntos.
Mayor de 110 mg/dl. Nos valora 4 puntos.
VDRL: positivo nos valora 4 puntos.
Negativo nos valora 0 puntos.
Factor RH incompatible: si nos valora 4 puntos.
No nos valora 0 puntos.

Identificar en el expediente clínico Patologías relacionadas con el embarazo: variable cualitativa ordinaria.

Embarazo complicado:

Amenaza de aborto: su etiología es múltiple, pero se considera que la mayoría de los abortos espontáneos obedece a anomalías cromosómicas, defectos de la segmentación celular del blastocisto o anomalías en su implantación. Se diagnostica por sangrado transvaginal, acompañado o no de sacrodinia. Frente a estos datos es indispensable efectuar exploración ginecológica para determinar si existen modificaciones cervicales. Con cervix uterino formado, cerrado presencia de sangrado transvaginal escaso se diagnostica amenaza de aborto y se prescribirá reposo absoluto en cama hasta que desaparezca la hemorragia. De tres a siete días de haberse iniciado el cuadro, deberá indicarse una determinación cuantitativa de gonadotropinas coriónicas con el fin de corroborar la vitalidad ovular, estudio que deberá hacerse preferentemente seriada con un mínimo de dos determinaciones o intervalos de una semana. Los progestágenos orales o inyectables no tienen lugar en el tratamiento de la amenaza de aborto, inclusive pueden enmascararlo, favoreciendo un huevo muerto y retenido. De existir síntomas de sangrado, dolor, borramiento o dilatación cervicales, se diagnosticara aborto en evolución y se referirá a la paciente en forma urgente al segundo nivel de atención para su manejo hospitalario.²⁸

Amenaza de parto prematuro: se considera parto prematuro, o trabajo de parto prematuro, a la actividad uterina organizada y efectiva que ocurre antes de la semana 36 de gestación, y que ocasiona el nacimiento de un bebé prematuro. Parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente 8 a 10 % del total de partos.

Evidencias clínicas han permitido identificar hasta hoy las siguientes causas: con mayor frecuencia se encuentran el nivel socioeconómico bajo, la raza negra, la carencia de

atención prenatal, el intervalo menor a 18 meses entre gestaciones, la anemia y la desnutrición materna. Entre los factores con mayores bases podrían llamarse propiciadores se encuentran los embarazos múltiples, el polihidramnios, las anomalías uterinas congénitas y el antecedente de otros partos pretérmino. La mayor atención en cuanto a la causalidad del parto pretérmino ha sido puesta en los últimos años en: IVU, RPM e infecciones cervicales. El trabajo de parto prematuro inicia con contracciones uterinas irregulares y de corta duración, que van adquiriendo un patrón mas regular, con mayor duración e intensidad; dichas contracciones pueden o no acompañarse de dolor, y suelen continuarse por más de 30 minutos, sin modificaciones cervicales.²⁹

Ruptura Prematura de membranas: se asocia con infecciones Cervico-vaginales crónicas, dilatación anormal del orificio cervical interno y anomalías de la situación y presentación fetal.³⁰ Las Bacterias que invaden el espacio coriodecidual liberan endotoxinas y exotoxinas, las cuales activan la producción de citoquinas por la decidua y las membranas fetales. Las citoquinas y las toxinas bacterianas, así como la liberación de cortisol fetal como respuesta a la agresión infecciosa, estimulan la síntesis y liberación de prostaglandinas y reducen su inactivación al bloquear las deshidrogenasas, de éstas últimas todo lo cual favorece la activación de la contractilidad uterina. Al mismo tiempo, la infiltración de neutrófilos secundaria a una reacción inflamatoria libera metaloproteasas, que atacan la matriz colágena extracelular de las membranas corioamnióticas llevando a su ruptura. En todos los casos deberá referirse a la embarazada de forma urgente al segundo nivel de atención para comprobación diagnóstica y tratamiento hospitalario, con el fin de prevenir infección corioamniótica, problemas de prolapso de cordón o desprendimiento prematuro de placenta.³¹

Sangrado transvaginal de la segunda mitad del embarazo: pérdida de sangre por los genitales en la mujer embarazada después de la semana 24 que se presenta en un 3% de todas las embarazadas de etiología variable. Para ayudar a prevenir un problema de sangrado durante la segunda mitad del embarazo, se debe evitar el tabaquismo, drogas, llevar una dieta balanceada y llevar un control prenatal. Cuando el sangrado vaginal es del 4º al 9º mes de gestación puede ser indicadora de una ubicación anormal de la placenta, como en el caso de la placenta previa o DPPNI, rotura uterina, ruptura de vasa previa (inserción velamentosa del cordón umbilical) y ruptura del seno marginal placentario.³²

A) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): accidente obstétrico en que se desprende la placenta normalmente inserta ya sea en el embarazo entre la semana 24 al inicio del trabajo de parto (2/3) o en el trabajo de parto (1/3). Constituye la principal causa de metrorragia junto a la placenta previa. La etiología es desconocida.

Se reconocen factores predisponentes:

- antecedentes de DPPNI en embarazo anterior.
- Síndrome hipertensivo asociado (2.5 a 18 %).
- Edad materna.
- Multiparidad.
- Distensión del útero (gemelar, polihidroamnios).
- Alteraciones vasculares /diabetes y enfermedades del colágeno).

- Antecedentes de alcohol, cigarrillos, drogas.

Factores precipitantes:

- 1).- Traumatismos (cinturón de seguridad).
- 2).- Reducción brusca del volumen uterino (vaciamiento de PHA y post parto del primer gemelo).
- 3).- Tracción excesiva del cordón umbilical anormalmente corto.

El DPPNI ocurre en entre el 0.5 y el 2% de todos los partos. Recurrencia embarazos posteriores es del 11 al 20 %.

Pronóstico del DPPNI: accidente grave para la madre y en extremo peligroso para el feto. 1976: mortalidad materna del 18 al 28 por mil nacidos vivos. Alcanzaba hasta 110 por mil en caso de muerte fetal.

Tratamiento del DPPNI: Constituye una emergencia obstétrica.³³

B) Placenta previa: es aquella que se implanta en el segmento inferior del útero, de tal forma que en el tercer trimestre del embarazo se encuentra por delante de la presentación.

Clasificación:

- Placenta previa oclusiva total.
- Placenta previa oclusiva parcial.
- Placenta previa marginal.
- Placenta de implantación baja. Se inserta en las paredes laterales del segmento inferior sin alcanzar el borde OCI.

Frecuencia de la placenta previa: frecuencia variable. Aumento con el uso de los ultrasonidos. Frecuencia global de 0.3 a 0.6 % de todos los embarazos.

Factores de riesgo:

- **Múltipara de 3 o más partos y pacientes de edad avanzada. 35 o más años.**
- **Antecedentes de intervenciones sobre el útero.**
- **Placenta previa en embarazos anterior.**
- **La probabilidad de placenta previa en casos de hipertensión es menor (curiosidad obstétrica).**

Diagnóstico de placenta previa:

- **Debe sospecharse en toda embarazada que presente hemorragia genital en la segunda mitad del embarazo.**
- **Único síntoma es la metrorragia.**³⁴

Incongruencia del crecimiento uterino con relación a las semanas de gestación:

Durante las primeras semanas de embarazo el aumento de tamaño del útero esta limitado casi por entero al diámetro antero posterior, pero en el periodo que sigue poco después el cuerpo del útero adquiere una forma casi globular de modo que a las 12 semanas tiene un diámetro promedio de 8 cm. Al examen bimanual, el cuerpo gestante da la sensación de pastoso o elástico y, a veces, adquiere una blandura extremada. A las 12 semanas de gestación el útero se percibe casi siempre a través de la pared abdominal justo por encima de la sínfisis como un tumor que aumenta gradualmente de tamaño hasta el final del embarazo. El retraso en el crecimiento fetal intrauterino es una de las complicaciones frecuentes de aquellas entidades nosológicas que ocasionan reducción en la perfusión placentaria, especialmente en los casos de preeclampsia, anemia grave, hipertensión arterial de cualquier origen y diabetes con lesión vascular avanzada. Habitualmente se manifiesta por disminución en la intensidad y frecuencia de los movimientos fetales que la madre percibe, así como por detención o reducción de la altura del fondo uterino. Cuando se sospecha esta complicación deberá medirse la altura del fondo uterino con intervalos mínimos de 15 días, de evidenciarse detención del crecimiento en dos tomas consecutivas, deberá referirse a la paciente a segundo nivel de atención para el diagnóstico de precisión y tratamiento subsecuente, ya que la única medida correctiva consiste en el control de la patología de base.³⁵

Infección de Vías urinarias crónica que no responde al manejo adecuado con tratamiento: tanto en sus variedades clínicas sintomáticas, cistitis, o pielonefritis, o las asintomáticas que se diagnostican únicamente por la presencia de leucocituria y bacteriuria en un examen general de orina, este tipo de infecciones se han asociado con una mayor frecuencia de parto pretérmino espontáneo, sin que se conozcan los mecanismos fisiopatológicos que se encuentren involucrados. Al respecto se considera que por vía hematogena se altera el equilibrio de mediadores inhibidores y activadores de la contractilidad uterina, así mismo se ha demostrado un riesgo claramente incrementado de parto pretérmino, retraso en el crecimiento fetal intrauterino e inclusive de muerte fetal, en las pacientes portadoras de este tipo de infecciones y que no reciben tratamiento médico. Su etiología mas común son las bacterias gramnegativas y en numerosas ocasiones su origen obedece a contaminación proveniente del ano por defectos en las prácticas de aseo de la zona. El cuadro clínico se manifiesta habitualmente por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, agregándose fiebre mayor de 38 grados C, con ataque al estado general cuando la infección afecta pelvis renal o parénquima. En este último caso se encontrara dolor a la puñopercusión de la zona renal (giordano). Frente a estas manifestaciones se indicara examen general de orina y urocultivo con antibiograma. El diagnostico se corrobora con la aparición de leucocituria, bacteriuria urocultivo con mas de cien mil colonias formadoras de colonias bacterianas que en mas del 90% son por E. Coli. Si existe compromiso renal manifestado por dolor y fiebre, se determinara infección de vías urinarias altas (pielonefritis) y se indicara tratamiento.³⁶

Embarazo de alto riesgo

Mujeres con más de 35 años y menos de 15 años con valoración de otros factores de riesgo: la edad cronológica de la adolescente se contempla entre los 11 y los 18 años. el

embarazo en la adolescencia se considera como una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicación obstétrica que se presentan en comparación con la población adulta, se describe de este grupo, una mayor frecuencia de desproporción céfalo pélvica, anemia materna, Preeclampsia, prematuridad y bajo peso del recién nacido entre otras.³⁷ La mujer embarazada con más de 35 años de edad se asocia con mayor ocurrencia de formas complicadas de preeclampsia, inserción baja de placenta y atonía uterina posparto.³⁸

Antecedentes de Preeclampsia, solo con sospecha clínica en el embarazo actual, después de la semana 20: se considerará a la paciente que cumpla con los criterios de, presión arterial de 140/ 90 mm Hg o mayor; o elevación de 30 mm Hg. en la presión arterial sistólica y 15 mm Hg. en la diastólica, con toma confirmatoria en 4 a 6 horas, proteinuria > de 300 mg en 24 horas, se puede o no asociar edema, hiperreflexia, cefalea, crecimiento menor del fondo uterino con relación a semanas de gestación, dolor abdominal en barra. El antecedente se asocia con mayor probabilidad de recurrencia de esta complicación.³⁹

Embarazo con diabetes y cardiopatía:

A).- El escrutinio sistemático de las mujeres embarazadas normales para la detección de diabetes mellitus gestacional (DMG) es una recomendación de buena práctica médica que permite identificar a un grupo de mujeres que presentan esta alteración metabólica durante el embarazo y que cursan con mayor morbilidad materna y fetal.⁴⁰ Aunque recientemente se modificó la recomendación de escrutinio sistemático por escrutinio selectivo, en el caso de poblaciones de alta prevalencia como la nuestra, la recomendación es de hacer un escrutinio sistemático en el tercer trimestre del embarazo.⁴¹

Mediante este procedimiento y aplicando el protocolo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁴² hemos encontrado una prevalencia de DMG de 3.2% en nuestra población.⁴³

B).- El embarazo se asocia con una gran variedad de cambios fisiológicos en el sistema cardiovascular, a los que la mujer con corazón sano, se adapta sin ninguna repercusión; sin embargo, estas modificaciones representan un gran reto para la gestante con enfermedad cardíaca y se traducen en incremento en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por lo tanto, el control prenatal en la mujer y con cardiopatía requiere de la comprensión de la fisiología cardiovascular durante el embarazo, el nacimiento y el puerperio.

Es ampliamente conocido que en los países europeos y en los Estados Unidos de Norteamérica, la frecuencia de las secuelas cardíacas de la fiebre reumática ha disminuido en forma notable,⁴⁴ situación que desgraciadamente en nuestro país no ha sucedido a pesar de las campañas establecidas para tal fin, por lo que la asociación de cardiopatía y embarazo es frecuente. Por otra parte, los avances en el diagnóstico temprano de las cardiopatías congénitas, en su corrección quirúrgica y en su vigilancia han permitido que las pacientes que años atrás fallecían, en la actualidad alcancen la edad reproductiva y sean susceptibles de lograr el embarazo,⁴⁵ situación que se traduce en el incremento en la frecuencia de la cardiopatía congénita y embarazo, y por ende, el reto para el profesional de la medicina dedicado al control perinatal de estas pacientes es cada día mayor.

La asociación de cardiopatía y embarazo informada oscila entre el 0.26 y el 4%.⁴⁶

Dada la frecuencia de las secuelas cardíacas de la fiebre reumática en nuestro país, se suponía que el mayor número de cardiopatías fueran de origen reumático y en menor proporción las de origen congénito; sin embargo la relación entre estos tipos de cardiopatía es de 2:1, hecho muy probablemente relacionado con los avances en la detección y tratamiento quirúrgico de las cardiopatías de origen congénito lo que han permitido que las mujeres alcancen la edad reproductiva.⁴⁷

El hallazgo de 124 mujeres portadoras de prótesis valvular cardíaca (PVC) (87 mecánicas y 40 biológicas) pone de manifiesto que la PVC no es incompatible con el embarazo y las tendencias hacia no permitir el embarazo en este grupo de pacientes se encuentran más dirigidas al empleo de anticoagulantes durante el embarazo que a la PVC por sí misma.⁴⁸ En publicaciones previas hemos señalado que la PVC no contraindica el embarazo en las mujeres con prótesis de tipo biológico que no requieran del uso de fármacos anticoagulantes.

Embarazo con sospecha clínica de oligohidramnios:

Esta condición afecta a aproximadamente el 8 por ciento de los embarazos. Puede desarrollarse en cualquier momento durante el embarazo, aunque es más común en el último trimestre. Aproximadamente el 12 por ciento de las mujeres cuyos embarazos se prolongan dos semanas después de la fecha prevista para el parto, desarrolla oligohidramnios debido a que los niveles de líquido amniótico bajan en forma natural. El oligohidramnios se diagnostica mediante ultrasonido.

La cantidad de líquido amniótico aumenta aproximadamente hasta la semana 28 a 32 del embarazo, cuando mide un poco menos de un cuarto de galón. Después de ese momento, el nivel de líquido generalmente permanece estable hasta que el feto alcanza su desarrollo completo (entre las 37 y las 40 semanas), momento en que empieza a disminuir.

La causa conocida más importante del oligohidramnios en la primera etapa del embarazo son los defectos de nacimiento en el bebé (que con frecuencia afectan a los riñones u otras partes del tracto urinario) y la ruptura de las membranas. El efecto del oligohidramnios en el bebé depende de la causa, la etapa del embarazo en la que se produce, y del nivel de líquido amniótico.

Durante la primera mitad del embarazo, el oligohidramnios está asociado con defectos de nacimiento en los pulmones y extremidades y aumenta el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y óbito.

Cuando el oligohidramnios se produce durante la segunda mitad del embarazo, se asocia con el crecimiento insuficiente del feto.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura

prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.⁴⁹

Las mujeres que tienen un riesgo mayor de desarrollar oligohidramnios incluyen aquellas con alta presión arterial, diabetes, lupus y problemas de la placenta.⁵⁰

Embarazo con cesárea previa en los casos de 3 o más cesáreas envió a la 34 semana de gestación y en menos de 3 cesáreas envió a la semana 36: la historia de cesárea anterior se asocia con mayor riesgo de presentación de inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto. Este peligro se incrementa en forma exponencial conforme es mayor el número de cesáreas previas.⁵¹

Embarazo con otros padecimientos: nefropatías, colagenopatías, epilepsia y psiquiátricos:

A) la enfermedad renal crónica infecciosa o parenquimatosa se asocia con mayor probabilidad de parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino bajo peso al nacer, preeclampsia-eclampsia y muerte fetal.

B) El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), a menudo llamado simplemente el lupus, es un tipo de artritis que afecta las articulaciones, a los músculos y a otras partes del cuerpo. El lupus implica inflamaciones que pueden afectar a muchas partes del cuerpo. Estas partes incluyen: El corazón, los pulmones, la piel, las articulaciones, los riñones, el sistema nervioso y los vasos sanguíneos. El lupus ocurre generalmente durante los años de maternidad en las mujeres.⁵²

Un aspecto que concierne a varias familias es, si una mujer joven debe correr el riesgo de embarazarse. El punto de vista actual, es que no existe en lo absoluto una razón de por qué una mujer con lupus no deba embarazarse, a menos que tenga de moderado a severo daño en algún órgano (por ejemplo en el sistema nervioso central, riñones o corazón y pulmones), lo que la pondría en alto riesgo. Sin embargo existe un riesgo aumentado de reactivación de la enfermedad durante o inmediatamente después (3 a 4 semanas) del embarazo. Si una persona es monitoreada cuidadosamente en el transcurso del embarazo, el riesgo es mucho menor. Existe un grupo de pacientes que presentan una afección llamada síndrome antifosfolípido, que puede ser primario y/o secundario al lupus y que puede complicar el embarazo en estos pacientes. Los anticuerpos específicos que están en contra de autoantígenos que se encuentran frecuentemente en los factores de la coagulación; pueden causar coágulos sanguíneos más rápido que en personas normales. Los anticuerpos antifosfolípidos se pueden encontrar en muchos pacientes con lupus y representan un riesgo en las mujeres embarazadas, ya que se asocian con aborto si su médico no le da un tratamiento oportuno y eficaz.⁵³

C) El embarazo es una condición médica que conlleva cambios hormonales, metabólicos y psíquicos que modifican substancialmente la historia natural de muchas enfermedades, en especial las neurológicas y por consecuencia la toma de decisiones terapéuticas.

.La epilepsia se presenta en el 0.5% de los embarazos y puede manifestarse en dos categorías: La primera es aquella mujer que ha sido identificada como epiléptica antes de la concepción de su hijo (la forma más frecuente) y la segunda, cuando las primeras manifestaciones epilépticas suceden durante el embarazo sin asociación a toxemia; un 25% de este grupo sólo presentarán convulsiones durante los embarazos constituyendo una epilepsia gestacional. El embarazo puede afectar la frecuencia de crisis epilépticas. Los estudios al respecto muestran reportes muy heterogéneos en cuanto a la modificación de la frecuencia de las crisis epilépticas, en general se acepta que un tercio de las pacientes podrán tener mayor número de sus crisis y otro tercio no presentará modificación al embarazarse, sin embargo en pacientes mexicanas del Instituto Nacional de Perinatología, seleccionadas y bajo control perinatal estricto, se observa que el 46% no presentaron manifestaciones epilépticas durante el embarazo, en el 29% se documentó una disminución en la frecuencia de las crisis, al compararse con el año previo al embarazo, 14% presentaron una frecuencia similar y sólo 11% incrementó la frecuencia de las crisis.

Esto pone de manifiesto que bajo vigilancia estrecha, la mayoría de las pacientes epilépticas que se embarazan, pueden cursar su gestación con pocos o ningún evento epiléptico durante su embarazo.

D) El embarazo es un momento vital en el que la patología psiquiátrica tiene incidencia muy baja. No ocurre lo mismo con el puerperio, en donde aparece sintomatología nueva y se agravan procesos previos, sobre todo los trastornos bipolares. Las patologías psiquiátricas más frecuentes en el puerperio son: trastorno de estrés postraumático, «blues», depresión postparto y psicosis puerperal. La incidencia de psicosis puerperal es de 1-2 por 1000 nacimientos. Se caracteriza por depresión e ideas delirantes que aparecen hasta tres meses después del parto. Entre los factores etiológicos destacan: estrógenos, reacción exógena de Bonhoeffer, infecciones, mutación de los receptores de glicina, factores genéticos, neurotransmisores, serotonina, progesterona, bromocriptina y sobre todo antecedente de trastornos afectivos. El pronóstico en general es bueno; en un 50% se repetirá en otro embarazo. Desde el punto de vista médico legal es importante la posible aparición de malos tratos e incluso infanticidio. El suicidio es poco frecuente. Lo mejor es la prevención y detección precoz.⁵⁴

Embarazo prolongado con más de 41 semanas de gestación: la duración media del embarazo calculada a partir del primer día del último período menstrual es de unos 280 días, o 40 semanas por lo tanto se considera con más de 42 semanas de gestación al embarazo prolongado. Es un evento que ocurre en el 10 % de todos los embarazos y se encuentra asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad materno perinatal la cual se eleva en relación directa con el número de semanas de gestación. Además, se ha observado, que el riesgo perinatal intraparto está incrementado en los embarazos prolongados de forma particular cuando hay meconio y que la inducción del trabajo de parto y el parto por cesárea se hallan significativamente elevados. La paridad se encuentra entre los factores que se asocian con el embarazo prolongado.⁵⁵ Cualquier feto nacido más de 2 semanas después de la fecha calculada de confinamiento suele por regla general ser considerado postmaduro.

Existen varios problemas característicos de los bebés nacidos después de término. Son propensos a tener bajas concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre después del parto, porque las reservas de energía se reducen en el momento del nacimiento y pueden ser

incluso más bajas si el suministro de oxígeno durante el parto ha sido escaso. Estos bebés también son más propensos a desarrollar el síndrome de aspiración de meconio.⁵⁶

Presentación anormal del producto después de la semana 36 de gestación: las presentaciones de parto describen la manera de como el feto se presenta en el parto. Las mismas se definen por la actitud fetal, la parte que se presenta y las señales maternas y fetales. El trabajo de parto se describe en términos de posición, situación, actitud y presentación del feto. Posición fetal es la relación entre la parte que se presenta del feto y las dos partes de la pelvis materna (espinas del isquion). Situación fetal es la relación entre la cabeza y el eje caudal del feto y la cabeza y el eje caudal de la madre. Actitud fetal descubre las relaciones entre sí de diferentes partes del cuerpo fetal. La actitud fetal normal se conoce donde la cabeza esta inclinada sobre el pecho y brazos y piernas dobladas y recogidos hacia el centro del pecho. La presentación cefálica se considera normal y ocurre en el 97 % de los partos.⁵⁷

Embarazo con rH negativo en la madre a la semana 20: la intolerancia de rh en los neonatos ocurre cuando existe una falta de compatibilidad entre la sangre materna y la del producto. Es una enfermedad hemolítica que puede provocar ictericia, anemia, daño cerebral, insuficiencia cardiaca. Esta enfermedad no afecta a las madres.

Concluimos que la presencia de STV en cualquier etapa del embarazo incrementa el riesgo de sensibilización al antígeno Rh-D. A toda mujer embarazada se le debe determinar grupo sanguíneo y Rh desde el inicio del embarazo. Si asiste por primera vez al hospital con STV y dolor abdominal, es obligatorio determinar el grupo sanguíneo y el Rh y en caso de ser Rh (-) NI se debe aplicar una dosis de 300 mg (o alternativamente 150 mg) de gammaglobulina anti-D. La prevalencia real de sensibilización al antígeno Rh en población mexicana no es conocida, debido principalmente al subregistro existente. Baptista y colaboradores⁵⁸ reportan una prevalencia de 4.8% de mujeres Rh (-) en el Instituto Nacional de Perinatología. De ellas, 1% se sensibilizó aun después de la aplicación de la inmunoprofilaxis posparto. La alternativa de identificar factores que incrementen el riesgo de sensibilización al antígeno Rh durante el embarazo permite seleccionar a pacientes que se beneficiarán de una aplicación profiláctica de gama-globulina Anti-D antes de finalizar la gestación, reduciendo así la morbilidad y la mortalidad perinatal y optimizando la utilización de recursos.⁵⁹

Hipertensión y Preeclampsia: La preeclampsia (PE) ocurre en aproximadamente 7 al 10% de los embarazos, representando así una de las complicaciones graves más comunes del embarazo, y es la causa mas frecuente de morbimortalidad materna, fetal y perinatal.⁶⁰

El aumento de la morbimortalidad perinatal en la PE es debido a un retardo del crecimiento fetal, parto prematuro y/o asfixia perinatal. Asimismo, la madre está expuesta a complicaciones como el abrupcio placentae, convulsiones, hemorragia intracerebral y daño hepático o renal.

La PE es un síndrome cuyos signos y síntomas pueden presentarse solos o combinados. Entre ellos, la hipertensión arterial (HTA) es la que tradicionalmente marca el diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo, en algunas pacientes puede manifestarse sólo por edema y/o proteinuria, o bien con alteraciones de la coagulación, como trombocitopenia o coagulación intravascular diseminada (CID), en ausencia de HTA.

Hipertensión arterial. En 1972, el Comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología definió la HTA en el embarazo como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o mayor, o bien establecidos en la primera mitad del embarazo; y una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o mayor, o bien un incremento de 15 mmHg o más respecto de los valores basales de la primera mitad del embarazo. Los aumentos de la presión arterial (PA) deben ser observados en por lo menos dos ocasiones consecutivas, con un intervalo de 4 a 6 hrs., para ser considerados como válidos. La PA es, por lo general, más baja en decúbito lateral izquierdo, posición que adoptará la embarazada para una determinación confirmatoria del diagnóstico de HTA, cuando se ha obtenido una lectura elevada en posición sentada.

Proteinuria. El glomérulo es normalmente permeable a sustancias de peso molecular de menos de 60.000, pero cuando se afecta su membrana, se filtran grandes cantidades de proteínas, especialmente albúmina y en menor proporción transferrina y algunas globulinas. Se considera que una concentración de proteínas igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas es patológica. La proteinuria debe ser buscada en forma seriada a lo largo de la gestación, ya que es un importante signo de daño renal; valores en ascenso indican peor pronóstico materno y fetal.⁶¹

Edema. En el embarazo normal puede haber edema por factores mecánicos. En estos casos, aumenta con la actividad diaria, generalmente desaparece con el reposo nocturno y se limita a los miembros inferiores (pretibial). Se considera que el edema es patológico en las siguientes circunstancias:

Cuando no sólo está circunscrito a la región pretibial, presentándose también en manos y cara. Cuando no cede después del reposo nocturno. Cuando hay un aumento ponderal anormal, es decir superior a 500 g por semana o 2000 g por mes (edema oculto).

En síntesis: los factores que permiten identificar a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar HTA durante el embarazo son:

Primigestas, independientemente de su edad.
Embarazo gemelar.
Adolescentes y mujeres mayores de 35 años.
Antecedentes personales o familiares de PE o E.
Enfermedades asociadas: lupus, diabetes, obesidad, mola.⁶²

Medico familiar realizo diagnostico de la mujer embarazada en base a riesgo, estudios de laboratorio, gabinete y evolución, mediante la forma MF-5/2000. Cualitativa ordinaria.

Medico familiar identifico riesgo obstétrico en base al puntaje de la forma MF-5/2000 al interrogatorio y sumándolo a la evolución junto con los exámenes de laboratorio. Variable cuantitativa discreta.

Medico familiar realizo acciones para controlar, erradicar o canalizar en torno al diagnostico y/o riesgo de la mujer embarazada. Cualitativa ordinaria.

VARIABLE	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICION
riesgo obstetrico	probabilidad de daños a la salud materno fetal.	contestar la forma MF-5/2000	cualitativa nominal dicotomica
puntaje del riesgo obstetrico	valorizar cada uno de los elementos de la forma MF-5/2000.	cuantificar cada uno de los elementos de la forma MF-5/2000	cualitativa nominal dicotomica
patologias relacionada con el embarazo	embarazo de alto riesgo por patologias asociadas.	presencia de entidad patologica durante el embarazo.	cualitativa nominal dicotomica
medico familiar realizo diagnostico	en base a la valoracion prenatal concluyo alguna entidad patologica.	anoto en la forma MF-5/2000, nota medica o referencia alguna entidad patologica	cualitativa nominal dicotomica
medico familiar identifico riesgo obstetrico	realizar durante la evolucion el diagnostico de embarazo de alto o bajo riesgo según su valoracion.	totalizar el puntaje obtenido de la forma MF-5/2000	cualitativa nominal dicotomica
medico familiar realizo acciones	manejo de los factores de riesgo o patologias para erradicarlos, controlarlos o canalizarlos.	verificar en la forma MF-5/2000, nota medica o referencia.	cualitativa nominal dicotomica
medico familiar realizo envio	valoracion de casos de alto y bajo riesgo a segundo nivel.	formas de referencia 4-30-8 por embarazo de alto riesgo y formas MF-5/2000 por embarazo a termino	cualitativa nominal dicotomica
requeria envio	embarazo de alto riesgo al detectarlo y de bajo riesgo a partir de la semana 34 de gestacion.	formas de referencia 4-30-8 por embarazo de alto riesgo y formas MF-5/2000 por embarazo a termino	cualitativa nominal dicotomica
el envio es oportuno	canalizar el embarazo de alto riesgo al detectarlo o cuando el control no es adecuado y de bajo riesgo antes de la semana 41 o al detectar alteracion del mismo.	formas de referencia 4-30-8 por embarazo de alto riesgo y formas MF-5/2000 por embarazo a termino	cualitativa nominal dicotomica

Medico familiar realizo envío, constatar en el expediente clínico si en la forma MF5/2000 hay datos de envío y/o en las referencias (4-30-8) que haya realizado para segundo nivel del control prenatal de alto y bajo riesgo. Cualitativa ordinaria.

Verificar en el expediente clínico en base a riesgo alto o bajo, estudios de laboratorio y gabinete, y evolución si requería envío a segundo nivel. Cualitativa ordinaria.

El envío a segundo nivel por el medico familiar es oportuno, según los datos del riesgo obstétrico, evolución del control prenatal, Cualitativa ordinaria.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PAR CAPTAR LA INFORMACIÓN:

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO: El trabajo se llevara a cabo en el ámbito de la Unidad de Medicina Familiar # 41, específicamente en los consultorios de la unidad, donde se encuentran los expedientes. Se analizaran los expedientes de las mujeres embarazadas que se encuentren en el consultorio de la lista previamente obtenida de las hojas RAIS. Los textos, gráficos y cuadros generados por el análisis de los datos serán procesados usando para tal fin una computadora personal y los programas Epi info. 2000, power point, Excel, y Word.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO: Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la declaración de Helsinki y su modificación en el congreso de Tokio en 1983 ya que, la investigación no afecta a las mujeres ni sus derechos dado que los datos se obtendrán de los registros existentes y relacionados con la atención prenatal.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA: Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizara hasta que haya sido aprobado por el Comité Local de Investigación.

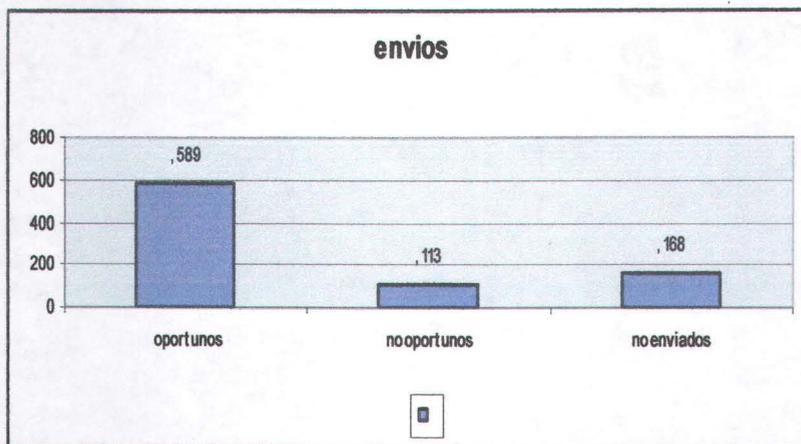
RESULTADOS

Se obtuvo una base de datos de nombre, numero de afiliación, numero de consultorio y turno de las hojas de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 41 de 1494 casos que acudieron a solicitar consulta para control prenatal, encontrándose los siguientes datos:

De los 1494 casos, se encontraron 870 expedientes, 624 no se encontraron probablemente fueron dados de baja, estaban en otro servicio, no tenían datos del control prenatal, mal acomodados, extraviados, etc.

De los 870 expedientes que se revisaron, se encontró el 67.7% (589 pacientes) con envío oportuno a segundo nivel. Acerca de los envíos no oportunos se obtuvo un 12.9% (113 pacientes). Y en otro rubro se obtuvo un 19.3% (168 pacientes), de casos no enviados. (Grafica No. 1).

GRAFICA No. 1



De los casos en que se contesto la forma MF-5/2000 se contabilizó 594 que la llenaron contra 276 que no la llenaron o estuvo incompleta. Para valorizar cada uno de los elementos del riesgo obstétrico fueron 618 que anotaron el valor contra 252 que no anotaron. Cuantos sí identificaron el riesgo obstétrico o sea que totalizaron el valor de cada elemento de la forma de control prenatal 588 contra 282. Cuantos médicos realizaron acciones para controlar o erradicar en base a ese riesgo identificado, fueron 621 y 249 que

no realizaron acciones. Así mismo quienes hicieron un envío fueron 663 y los que no realizaron fueron 207, y de estos envíos oportunos fueron 589 y 281 no fueron oportunos. (Grafico 2).

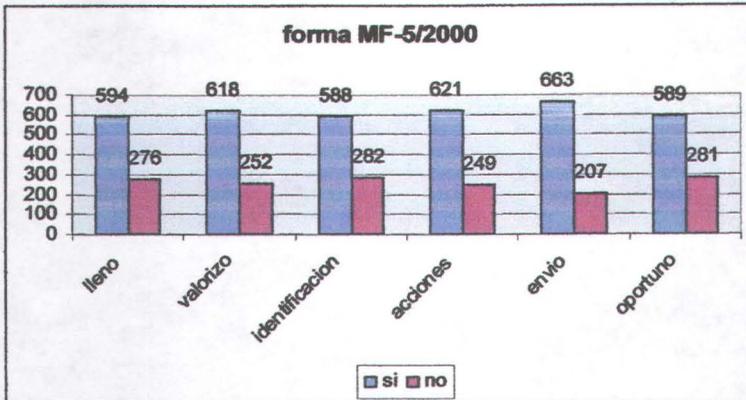


GRAFICO 2

De los envíos oportunos (67.7%), se obtuvo de casos complicados un 32.4% (282 pacientes), y de los no complicados un 35.2% (307 pacientes). (Grafica No. 3).

GRAFICA 3

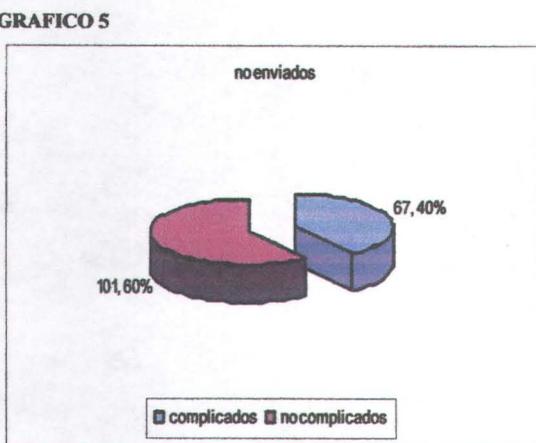


De los envíos no oportunos (12.9%), resultado de casos complicados un 7.1% (62 pacientes) y de no complicados un 5.8%. (51 pacientes). (Grafica No. 4).

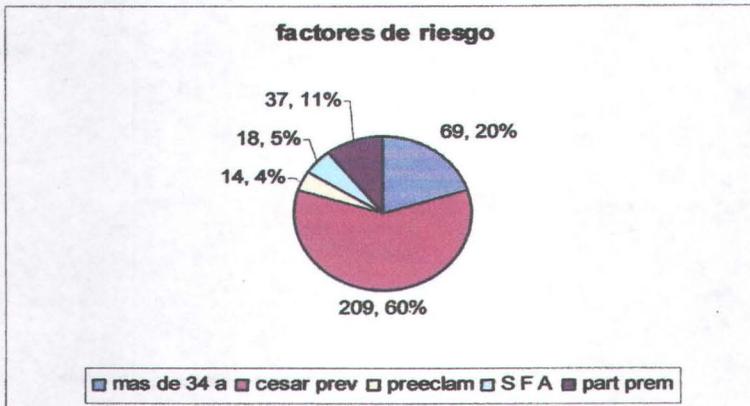


GRAFICA 4

Por los casos de no envío (19.3%) se encontró de casos complicados 7.7% (67 pacientes) y de no complicados un 11.6% (101 pacientes). (Grafica No. 5).



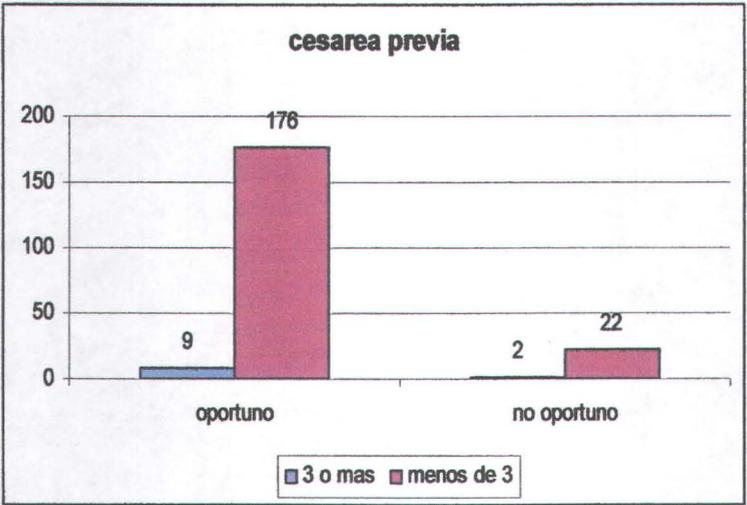
En base a los factores de riesgo, en cuanto a los antecedentes obstétricos, tenemos con mayor frecuencia a: mujeres mayores de 34 años embarazadas con un 7.9% (69 pacientes), Cesárea previa con 24.0% (209 pacientes), preeclampsia con un 1.6% (14 pacientes), sufrimiento fetal agudo con 2.0% (18 pacientes) y parto prematuro con 4.2% (37 pacientes). (Grafica 6).



GRAFICA 6

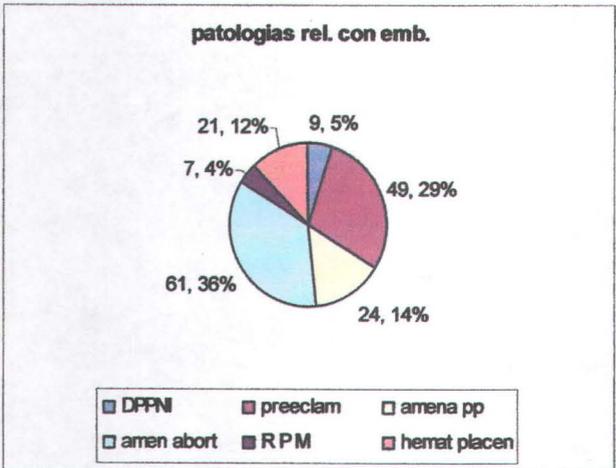
Deduciendo del factor de riesgo con más porcentaje encontramos que en la cesárea previa en el rubro de tener menos de 3 cesáreas se encontró en 22.7% (198 pacientes) de los cuales hubo oportunidad en el envío de 20.2% (176 pacientes) y de no oportunidad en 2.5% (22 pacientes) y con 3 o más cesáreas resulto un 1.2% (11 pacientes) de la cual hubo oportunidad en el envío oportuno de 1.0% (9 pacientes) y no oportunos de 0.2% (2 pacientes). (Grafica 7).

En base a la patología asociada tenemos que de las más frecuentes fueron: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con un 1.0% (9 pacientes), amenaza de aborto con 7.0% (61 pacientes), preeclampsia con un 5.6% (49 pacientes), ruptura prematura de membranas con 0.8% (7 pacientes), amenaza de parto prematuro con 2.7% (24 pacientes) y hematoma retroplacentario con 2.4% (21 pacientes). (Grafica 8).



GRAFICA 7

GRAFICO 8



En cuanto a la evolución del control prenatal, encontramos que el 4.7% (41 pacientes) no tuvieron en su expediente resultados de laboratorio. En cuanto al llenado de la MF-5/2000, no se encontró en el expediente clínico en un 2.9% (26 pacientes). Así mismo en la alteración de resultados de laboratorio del EGO tuvimos 12.4% (108 pacientes), de los cuales el 7.5% (66 pacientes) tuvieron tratamiento medico y 4.8% (42 pacientes) no se le dio tratamiento medico. De la anormalidad del exudado vaginal tuvimos un 6.3% (55 pacientes) de los cuales se desprende que un 4.2% (37 pacientes) no tuvieron tratamiento medico y un 2.0% (18 pacientes) si se les proporciono tratamiento medico.

En cuanto al examen de la glucosa en sangre se encontraron 0,04% (04) alteraciones hacia la hiperglucemia sin evidencia de envío o de realizar acción al respecto.

La elevación de la tensión arterial se encontró en la evolución de 1.4% (13 pacientes) en control prenatal las cuales se incluyen en el rubro de patologías asociadas.

Por ultimo se detecto el envío mediante la forma 4-30-8 de referencia-contrarreferencia, de patología asociada al embarazo en 12.7% (111 pases).

ANÁLISIS

Las causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.⁶³

El médico familiar es el primer contacto, de consulta, el control prenatal conlleva una serie de cambios en la mujer, los cuales son fisiológicos, el médico familiar es el que determina el quehacer de la evolución del embarazo, el dirige la acción hacia un término de armonía en el binomio madre-hijo.

El médico familiar dada su experiencia, su sapiencia realiza el control prenatal, ayudado de instrumentos administrativos, preventivos, laboratoriales, de gabinete, etc. Y cuando se altera la evolución del embarazo puede hacer uso de los servicios de urgencias o de consulta externa de ginecoobstetricia.

Uno de estos instrumentos es la forma MF-5/2000 llamada "vigilancia prenatal riesgo reproductivo y riesgo obstétrico" de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, la cual al utilizarla en la consulta prenatal de primera vez en la consulta externa, nos lleva a contestar y valorizar cada una de las cuestiones para poder obtener una calificación que nos puede indicar el riesgo de la mujer embarazada, este puede ser bajo o alto.

Este riesgo puede modificarse durante el periodo gestacional, dadas las acciones que nos complementan como es el resultado de estudios de laboratorio y gabinete, la evolución del embarazo que junto con los antecedentes realizamos nuevas valoraciones en las que puede haber cambios en la calificación del riesgo.

Realmente tener una herramienta es importante y práctica, esto fue lo que realizó el Dr. Ndiaye en el hospital regional en Senegal para disminuir mortalidad materna y los nacidos muertos (óbitos) asociado con una referencia tardía de casos distócicos en un 80%, mediante un cuestionario que consta de tres partes antecedentes personales, los antecedentes obstétricos y un pronóstico esta prueba alcanzó sensibilidad de 83.6% y especificidad de 90.1% y una valoración positiva del pronóstico de 72.3%.⁶⁴

Esta forma MF-5/2000, tiene sus puntos basados en la norma oficial mexicana del control prenatal NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Por eso la tomamos en cuenta para la valoración del estudio en cuestión, así mismo se tiene otro instrumento en la cual nos apoyamos que son los criterios de referencia y lineamientos de contrarreferencia también del IMSS.

Hace años se realizó un estudio en Innsbruck, en el Hospital de la universidad de la mujer debido a la mortalidad perinatal, el Dr. Trockenbacher M. En donde la introducción de un monitoreo intensivo disminuyó la mortalidad, y los productos con peso bajo, aunado con la referencia oportuna de los casos de alto riesgo al centro regional perinatal.⁶⁵

El presente estudio nos reporta resultados que probablemente ya esperábamos, pero que no se habían estudiado, por ejemplo cual sería el porcentaje ideal de envíos oportunos a

segundo nivel de la mujer embarazada, estadísticamente tiene que haber un rango, pero prácticamente tendría que ser el 100%, sin embargo aunque en la literatura se encuentran estudios similares, por ejemplo en la India, se realizó un estudio del Dr. Kumar y colaboradores en Ambala distrito de Haryana, en la cual encontraron como causa de no referencia la ignorancia, por que no prevenían las complicaciones o no las contemplaban, tenían un porcentaje del 64% y una tasa de mortalidad de 230/100 000 nacidos vivos. Este estudio sirvió para encontrar que la educación a la salud es muy importante, también influyen las creencias, y la infraestructura del sistema de salud.⁶⁶

Los resultados que se encontraron en el presente estudio, esperábamos un porcentaje mayor del 80% en cuanto al envío oportuno de la mujer embarazada de alto y bajo riesgo al segundo nivel que fue de 67.7%, pero desglosando los demás resultados tenemos que el porcentaje de envíos no oportunos fue de 12.9%, el cual se considera bajo aunque no es lo ideal y el no enviados que fue alto a lo esperado fue de 19.3%. Analizando estas cifras tenemos que para el embarazo de bajo riesgo no hay un límite o es muy amplio el rango de envío a segundo nivel porque, institucionalmente se considera que el envío de la mujer embarazada de bajo riesgo a segundo nivel es a partir de la semana 34 pero que la paciente en control prenatal tiene que seguir acudiendo a sus consultas de control hasta los pródomos de trabajo de parto. Por ejemplo en el HGO 3A no se cuenta con la enfermera prenatal hospitalaria, la cual en otras unidades como el HGZ 2A Troncoso, a las pacientes en control prenatal se citan cada semana a partir de que el medico familiar les otorga el pase para atención de parto, y en este servicio en conjunto con el de gineco-obstetricia se valora a la paciente con estudios, de laboratorio, gabinete, se dan tratamientos, etc. hasta su atención del parto, a las pacientes con embarazo de alto riesgo se les puede programar u hospitalizar según lo requiera. Bien la literatura refiere que hasta antes de la semana 41 es conveniente llevar el control prenatal en el primer nivel, y según la norma oficial mexicana del control prenatal el producto esta a termino a partir de la semana 37 hasta la semana 41, concluyendo tenemos que el control prenatal del embarazo de bajo riesgo se le debe continuar el control prenatal y educar a la paciente en cuanto a los signos de alarma para que pueda acudir al servicio de obstetricia de urgencias o al detectar anomalía en la evolución.

Aquí viene a colación que en Cape Town se realizó un estudio de unas unidades obstétricas de parteras sobre la referencia cuando el progreso del embarazo es inadecuada, estas personas de la atención a la salud siguieron los criterios que se les implantaron para la referencia en cuanto detectaran alteración alguna. Así mismo tuvieron problemas de la referencia pero no era de tipo medico sino de transporte.⁶⁷

El rubro de no enviados, es un porcentaje alto, pero engañoso, por que el medico no hace el envío si la paciente se va a tratar en forma particular, o si acude por la incapacidad y no vuelve mas, hasta la incapacidad postnatal; o si la paciente acudió al servicio de urgencias y se hospitalizo o le dieron cita para control y no regresa con el medico familiar, otra causa es que el medico familiar no otorgue el pase hasta que tenga pródomos de trabajo de parto y la paciente regrese con la hoja de alta del servicio de urgencias de obstetricia, también hay unos casos que tienen familiar medico, o tienen facilidad para la atención en segundo nivel ya sea por ser trabajadoras del hospital donde van a ser atendidas, o consiguen la dispensa,

y no regresan con el médico familiar. También puede ser que lleguen en el tercer trimestre del embarazo y mientras llega la cita con el médico familiar, tienen su parto.

Otra situación puede ser que aunque tengan su alta de urgencias del servicio de obstetricia, no se puede afirmar que hayan tenido oportunidad en el envío o por lo menos de que se envíe. Entonces estos detalles hacen que el resultado sea engañoso, por que no se puede valorar la atención y la oportunidad del envío, aunque también se puede sacar provecho de esta situación y los médicos realizar el envío a partir de la semana 34 o de la semana 37 y continuar con el control prenatal.

Realmente la referencia oportuna en cualquier nivel es decisiva, por ejemplo en *Ámsterdam* se realizó un estudio de una Guía genética prenatal en embarazo y la relación importante con la referencia oportuna.⁶⁸

En la república democrática del congo se realizó un estudio de la referencia de primero a segundo nivel de la mujer embarazada con el objeto de disminuir la mortalidad materna y perinatal donde se alcanzó un porcentaje de 60% para mujeres con riesgo referido, y un 43 % de embarazos previsto. Así mismo las mujeres con riesgo prenatal tenían el doble de probabilidad de tener una intervención y mortalidad perinatal. Para ellos es un porcentaje alto de referencia lo que contrasta con el presente estudio que aunque se equipara no sentimos que sea bueno el porcentaje. De tal forma que en los dos estudios tenemos resultados óptimos, con metas cumplidas.⁶⁹

Ahora por ejemplo si a partir de la semana 34 habría que enviar a la paciente embarazada con antecedente de 3 o más placentas previas, el diferimiento en la consulta nos haría enviarla a la semana 30, independientemente de continuar con el control prenatal a primer nivel, por que en el embarazo de alto riesgo se tendría que enviar al momento de determinar el riesgo a la consulta externa o si se requiere al servicio de urgencias.

En otro estudio de la región de Tanzania, se hace mención de las causas de la referencia, del tipo de referencia, por que aunque no es motivo del estudio presente, hace alusión a la auto referencia que tiene un 52.3%, que se relaciona con el embarazo de bajo riesgo si queremos traspolarlo a nuestro medio, en conclusión también tiene su importancia para la disminución de los factores de riesgo. En si el envío oportuno tuvo de 15.9% prenatal, de parto fue de 82.9% y 1.2% se trató de referencia urgente.⁷⁰

Si hacemos el análisis de la forma de MF-5/2000 podemos decir que hay varios aspectos positivos y negativos por ejemplo se realizó la partición de "llenar" la forma, se supone que al contestarla tendrían que valorizarla y por lo tanto realizar la suma para obtener el riesgo, pero más bien sería cuestión de ser ordenado o metódico, por que en el rubro de los que si contestaron se encontró 594 contra 276 que no la contestaron o lo hicieron incompleta esto quiere decir que valorizaron y no apuntaron los datos, o fue incompleta pero si realizaron el total del riesgo. Esto es que aunque no hayan contestado completamente si realizaron la identificación del riesgo y se tomaron acciones para controlar, disminuir o erradicar el riesgo, así mismo para el envío aunque no fuera oportuno.

La forma MF-5/2000 es un buen instrumento y sería conveniente incluirla en el programa del expediente electrónico, por que es práctica, concisa y confiable, amén de que es la

forma que se envía con la paciente para su atención de parto. Así mismo convendría realizar una revaloración entre los médicos familiares de las ventajas de este instrumento.

El médico familiar realiza el control prenatal no importa si es de bajo o alto riesgo, y el envío lo hace oportunamente, como lo demuestran los resultados, en cuanto al envío no oportuno de igual forma el médico familiar no hace comparaciones de riesgo obstétrico, lo que quiere decir que su criterio es homogéneo para el control y toma de decisiones, esto quiere decir que se puede mejorar, ya que se tiene la actitud y la disponibilidad, todo depende de las investigaciones que se vayan dando para poder adelantarnos a los hechos de las complicaciones y riesgos que se tienen, conocer y practicar las normas oficiales, y de esta forma superarnos en beneficio personal y del paciente.

En un estudio de Sánchez-Fernández que se realizó en Madrid refiere que no importa el control prenatal, por que no complica el parto ni el puerperio, en pacientes de escasos recursos, y aparte que aunque es un país no pobre, a tercer nivel hospitalario, esto en pacientes inmigrantes, así mismo refiere que el promedio de consultas prenatales fue de 8?⁷¹

La frecuencia de patologías relacionadas con el embarazo, es muy importante que se hagan investigaciones para poder tratar de diagnosticarlas y enviarlas al segundo nivel, de modo de disminuir las complicaciones y la mortalidad, por que no es conocer el padecimiento si no tener que anticiparse, prevenir, así mismo realizar educación de la salud para las pacientes en edad fértil y población infantil por que la salud es problema de todos.

CONCLUSIÓN

La consulta prenatal es el gran avance en la atención materna y de todos los medios conocidos el único realmente eficaz para anticiparse con cierta seguridad a sucesos imprevistos, así como para diagnosticar la existencia o no de gestación; para conocer el terreno en donde se desarrollará; los antecedentes personales de importancia; el estado actual de salud y la evolución del embarazo; la situación psicosocial y otros datos más que unidos a los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, permiten establecer con bastante seguridad la identificación clínica de normalidad o desviación y por lo tanto establecer un pronóstico y tratamiento adecuados. Es por lo tanto la atención médica prenatal, un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete.

En base a inquietudes respecto de la referencia-contrarreferencia, en la cual por lo regular al médico familiar, lo hacen responsable de las carencias, de la mortandad, de la mala atención, etc. Surge este estudio el cual deseo que sirva no para criticar el actuar de los médicos involucrados, en este caso del primer nivel del que formo parte, ni tampoco del segundo nivel, pero si tal vez provocar una sensibilización para modificar la actitud de los médicos, mejorar la atención, que se hagan nuevas guías o se actualicen las existentes, que se promocionen por que a veces las desconocemos, que haya comunicación entre el primer y segundo nivel, o tal vez que se den cursos en las clínicas para que no se ausenten los médicos, etc.

La ausencia del manual de normas que rige el manejo de la usuaria en el servicio de obstetricia para el Nivel I de atención influye en la calidad del servicio que ofrece desde la admisión para el parto hasta el control del postparto. La existencia de documentos escritos incrementa la precisión y la objetividad en las decisiones clínicas, pues dan mayor respaldo y menor responsabilidad individual en los diagnósticos, en la selección de tratamientos y en el manejo global de la atención.⁷²

Teniendo en cuenta la idiosincrasia, el ambiente y tal vez la situación económica podemos inferir que las costumbres, que luego se hacen vicios, nos hacen cambiar la forma de actuar, el creer que todo es igual, caer en un marasmo colectivo, nos hace caer en el error y deshumanizarnos, creo yo.

Este estudio nos trae satisfacciones, nos enseña y nos alienta para seguir en el camino de la superación y tener el ideal de que el camino no tiene fin, puesto que siempre hay que mejorar; el objetivo se alcanza para buscar otro.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Comités de Mortalidad Materna y Perinatal. Dirección General de Atención Materna Infantil, S.S. Méx. 1990: 3-4.
- ² Trejo Ramírez C.A. Mortalidad materna. Publicación técnica Núm. 9 S.S.A. Méx. 1976:77.
- ³ Lowenberg Fabela E. "Identificación del riesgo en el primer nivel de atención médica" Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México D.F. 3 al 7 de abril de 1989. Pág.: 14-17.
- ⁴ Trejo Ramírez C.A. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginec y Obst Méx. 1997; 65:317-325.
- ⁵ Ruiz M. J. A.: Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años. 1968-1992. Ginec y Obst Méx. 1995; 63:452-459.
- ⁶ Keeling JW, Macaw Binns AM, Ashley DE, et al Maternal mortality in Jamaica: health care provision and cause of death. Int J Gynecol Obstet 1991; 35(1): 19-27.
- ⁷ Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1996. Salud Pública Méx. 1997; 39: 486-92.
- ⁸ Jasso GL. Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol Med. Hosp. Infantil Méx. 1997; 54:54-8.
- ⁹ Secretaría de Salud. Mortalidad materna y perinatal. Acciones para su reducción. Cifras y hechos, 1989 – 1994. México: Secretaría de Salud.
- ¹⁰ Vandales S, Rascon PR, Kageyamana ML. Time trends and cause of infant neonatal and postnatal mortality in México, 1980-1990. Salud Pública Méx. 1997; 39:48-52.
- ¹¹ Rivera R M A, Coria S I, Zambrano C M y col. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México 67, diciembre 1999; 578-86.
- ¹² Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México, 1995.
- ¹³ Poder Ejecutivo Federal. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. México, 1995.
- ¹⁴ Sistema de Informática y Estadística de ARIMAC de la Unida de Medicina Familiar # 41
- ¹⁵ Jasso-Gutiérrez L. Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol Med Hosp Infant Mex 1997;54(1):54-58.
- ¹⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998;36(1):45-60.
- ¹⁷ Comités de Mortalidad Materna y Perinatal. Dirección General de Atención Materno-infantil S.S. Méx. 1990. Pág. 3.
- ¹⁸ Álvarez Bravo A: Mortalidad materna. Gaceta Médica de México 1970; 100:55.
- ¹⁹ Trejo Ramírez C.A. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginec y Obst Méx. 1997; 65:317-325.
- ²⁰ Gutiérrez J.H., Villalobos A. "Mortalidad en el periodo perinatal" Salud Publica de México 1980 22:261-68.
- ²¹ Criterios de referencia del primero a segundo nivel. Lineamientos para la contrarreferencia. I.M.S.S. Jefatura de prestaciones medicas. Dirección regional La Raza. Coordinación de atención medica de primer nivel.
- ²² Trejo Ramírez C.A. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginec y Obst Méx. 1997; 65:317-325.
- ²³ Rivera R M A, Coria S I, Zambrano C M y col. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México 67, diciembre 1999; 578-86.
- ²⁴ Rivera R M A, Coria S I, Zambrano C M y col. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México 67, diciembre 1999; 578-86.
- ²⁵ Sistema de Informática y Estadística de ARIMAC de la Unida de Medicina Familiar # 41
- ²⁶ Velasco Vitelio. Mortalidad Materna por Hemorragias. Revista Medica del I.M.S.S. 1998 36:161-67.
- ²⁷ Rivera R M A, Coria S I, Zambrano C M y col. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México 67, diciembre 1999; 578-86.

- ²⁸ Pernoll M, Taylor C. embarazo normal y cuidados prenatales en diagnóstico y tratamientos GinecoObstétricos. El manual moderno 1997. Pág.: 217-240.
- ²⁹ www.hgm.salud.gob.mx/enseñanza/temario/pdf/amenaza_parto_pre.pdf
- ³⁰ Andrews WW, Goldenberg RL. Preterm labor: emerging role of genital tract infections. 1995; 4(4):196-211
- ³¹ Defectos Congénitos en el Recién Nacido Autor: Rodolfo Guzmán Toledano.- Edit. Trillas.-2da. Edición 1990.- México
- ³² www.healthsystem.virginia.edu/UVAhealth/peds_hrpregnant_sp/bleed.cfm
- ³³ Turner LM vaginal bleeding during pregnancy. Emerged Med Clin North Am 1999; 12 (1) 45-54
- ³⁴ Mabie WC. Placenta previa. Clin Perinatol 1992; 19 (2) 425-435
- ³⁵ Caunes F and col. Anamnestic pregnancy risk assessment. In J Gynecol Obstet 1990; 33 (3): 221-227
- ³⁶ Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1997; 11:13-26.
- ³⁷ Zamorski MA Green LA Preeclampsia and hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician 1996;53(5) 1595-1610
- ³⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998;36(1):45-60.
- ³⁹ Sims, E. A. H.: Preeclampsia and related complications of pregnancy. Am. J. obstet.Gynecol. 107, 154, 1970.
- ⁴⁰ Technical bulletin. Diabetes and pregnancy. Number 200. Inter J Gynecol Obstet 1995; 48: 331-39.
- ⁴¹ The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97.
- ⁴² . Report of a WHO Study Group. Diabetes mellitus. Tech rep Series 1985; No. 727: 1-113.
- ⁴³ Forsbach G, Cantú-Díaz C, Vázquez-Lara J, Villanueva-Cuellar MA, Álvarez y García C, Rodríguez-Ramírez E. Gestational diabetes mellitus and glucose intolerance in a Mexican population. Inter J Gynecol 1997; 39: 229-32.
- ⁴⁴ Cabral C.F. y col. Perspectiva perinatal de la cardiopatía y embarazo. revisión de 1169 embarazos. Ginecol. Obstet. Méx. 1997; Volumen 65 (7): 310-316
- ⁴⁵ McFaul PB, Dornan JC, Lambkin H, Boyle D. Pregnancy complicated by maternal heart disease. A review of 519 women. Br J Obstet Gynecol 1988; 95: 861-867.
- ⁴⁶ Chambers ChE, Clark SL. Cirugía cardíaca durante el embarazo. Clin Obstet Gynecol 1994; 2: 289-295.
- ⁴⁷ Castro CF, Sánchez LF, Vasconcelos M. Manejo de la paciente cardíopa embarazada. Ginec Obstet Méx. 1986; 54: 12-16.
- ⁴⁸ Lecuru F, Taurelle R, Desnos M. Anticoagulant treatment in pregnancy. Apropos of 47 cases: Ann Cardiol Angeiol Paris 1993; 42: 465-470.
- ⁴⁹ Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Sifia, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992.
- ⁵⁰ University of Maryland Medical Center. www.umm.edu/index.htm
- ⁵¹ Stones RW. And col. Risk factors for major obstetric hemorrhage Eur J Obstet Gynecol repord Biol 1995, 61 (2) 105-109
- ⁵² www.nih.gov/niams
- ⁵³ Dr. J. Humberto Orozco-Medina Profesor Emérito de Reumatología Coordinador de la Fundación Mexicana de Lupus, A.C. Guadalajara, Jalisco, México
- ⁵⁴ Gómez Alcalde M:S:Patología Psiquiátrica en el Puerperio Revista de Neuro-Psiquiatria 2002; 65: 32-46
- ⁵⁵ Gary Cunningham F. Embarazo prolongado. En William. Obstetricia. 20 ed. Madrid. Editorial medica panamericana 1998 Pág. 71-73
- ⁵⁶ Dra. Álvarez Ponce et al. Comportamiento del embarazo prolongado en el Servicio de cuidados perinatales. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30 (2).
- ⁵⁷ Ortigosa-Corona E, Karchmer-Krivitzky S, Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx. 1996; 64:90-95.
- ⁵⁸ Baptista-González H, Rosenfield-Mann F, Leis-Márquez T. Prevención de isoimmunización materna al RhD, con gama-globulina Anti-D. Salud Pública Mex 2001; 43:52-58.
- ⁵⁹ Hernández-Andrade E, Ahued-Ahued JR. Sangrado transvaginal durante el embarazo, como factor de riesgo para isoimmunización al antígeno Rhesus-D. Salud Pública Mex 2003; 45:492-496.
- ⁶⁰ Sibai BM. Current problems in obstetrics, gynecology and fertility, january/february 1990.

-
- ⁶¹ Voto LS, Lapidus AM, Waisman R, Salgueiro A, Quiroga C, Margulies M. Valor clínico de la proteinuria en los embarazos complicados con hipertensión arterial. *OGLA* 1988; 46:203-6.
- ⁶² Margulies M, Voto LS, Fescina R, Lastra L, Lapidus AM, Schawarcz R. Arterial blood pressure standards during normal pregnancy and their relation with mother-fetus variables. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:1105-9.
- ⁶³ Trejo Ramírez CA. Mortalidad materna . Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años *Ginecol Obstet Méx* 1997;65(8):317-325.
- ⁶⁴ Ndlaye P. A new decision support tool in the campaign against maternal mortality: the dystocia risk score. *Sante*. 2001 apr-jun;11(2):133-8.
- ⁶⁵ Trockenbacher M. the development of the perinatal mortality at the university department for women in Innsbruck from 1969 to 1975. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1977 Aug; 37(8):701-7.
- ⁶⁶ Kumar R, Singh MM, Kaur A, Kaur M. Reproductive health behaviour of rural women. *J Indian Med Assoc*. 1995 Apr;93(4):129-31, 128.
- ⁶⁷ Van Coeverden de Groot AA Referrals for inadequate progress of labour from the midwife obstetric units to the referral hospitals in Cape Town. *Curatiosis* 1994 Dec; 17 (4): 71-4
- ⁶⁸ Aalfs CM. Prenatal genetic counseling in pregnancy: the importance of (early) timely referral. *Ned tijdschr Geneesk*. 2001 Aug 18;145(33):1577-81.
- ⁶⁹ E. mugisho. referral and delivery outcomes at Kivu, Democratic Republic of Congo. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2003, 51: 237-244.
- ⁷⁰ Albrecht Jahn. Obstetric care in southern tanzania: does it reach those in need?. *tropical medicine and international health*. vol 3;(11):926-32. nov 1998.
- ⁷¹ Y. Sánchez-Fernández. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(10):441-7.
- ⁷² . Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scan* 1997;76 (1) 1-14.



NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL										AGREGADO																			
NOMBRE DEL PACIENTE																													
PATERNO										MATERNO										NOMBRE(S)									
CURP																													
UNIDAD DE ADSCRIPCION																													
No. CONSULTORIO										TURNO																			

VIGILANCIA PRENATAL

RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

A
N
T
E
C
E
D
E
N
T
E
S

<p>1. EDAD (EN AÑOS)</p> <p>20 A 29 <input type="text" value="0"/></p> <p>15 A 19 <input type="text" value="1"/></p> <p>30 A 34 <input type="text" value="1"/></p> <p>MENOS DE 15 ó MAS DE 34 <input type="text" value="4"/></p>	<p>7. GESTA</p> <p>2 A 4 <input type="text" value="0"/></p> <p>PRIMIGESTA <input type="text" value="1"/></p> <p>MAS DE 4 <input type="text" value="4"/></p>	<p>12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>NINGUNO <input type="text" value="0"/></p> <p>PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA <input type="text" value="0"/></p> <p>POLIHDAMNIOS <input type="text" value="4"/></p> <p>SANGRADO 3er. TRIMESTRE <input type="text" value="4"/></p> <p>PARTO PRE - TERMINO <input type="text" value="4"/></p> <p>BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g. <input type="text" value="0"/></p> <p>MALFORMACION CONGENITA <input type="text" value="0"/></p> <p>MUERTE FETAL TARDIA <input type="text" value="0"/></p> <p>MACROSOMIA MAS DE 4,000 g. <input type="text" value="0"/></p> <p>CIRUGIA PELVICO UTERINA <input type="text" value="0"/></p> <p>OTROS <input type="text" value=""/></p>
<p>2. PESO HABITUAL (KILOS)</p> <p>50 ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 50 <input type="text" value="1"/></p>	<p>9. ABORTOS</p> <p>0 A 1 <input type="text" value="0"/></p> <p>2 <input type="text" value="2"/></p> <p>3 ó MAS <input type="text" value="4"/></p>	<p>13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS</p> <p>NINGUNO <input type="text" value="0"/></p> <p>HIPERTENSION ARTERIAL <input type="text" value="4"/></p> <p>DIABETES MELLITUS <input type="text" value="4"/></p> <p>CARDIOPATIA <input type="text" value="4"/></p> <p>OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE <input type="text" value="4"/></p>
<p>3. TALLA (CENTIMETROS)</p> <p>150 ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 150 <input type="text" value="1"/></p>	<p>10. CESAREA No. <input type="text" value=""/></p> <p>NO <input type="text" value="0"/></p> <p>SI <input type="text" value="4"/></p>	<p>TABAQUISMO:</p> <p>NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARRILLOS <input type="text" value="0"/></p> <p>10 ó MAS CIGARRILLOS <input type="text" value="1"/></p> <p>SI <input type="text" value=""/></p> <p>NO <input type="text" value=""/></p>
<p>4. ESCOLARIDAD MATERNA</p> <p>SECUNDARIA ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>PRIMARIA ó MENOS <input type="text" value="5"/></p>	<p>11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL</p> <p>25 A 60 MESES <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 25 MESES <input type="text" value="5"/></p> <p>MAS DE 60 MESES <input type="text" value="5"/></p>	<p>ALCOHOLISMO <input type="text" value=""/></p> <p>OTRA TOXICOMANIA <input type="text" value=""/></p>
<p>5. F.U.M.</p> <p>DIA <input type="text" value=""/></p> <p>MES <input type="text" value=""/></p> <p>AÑO <input type="text" value=""/></p>	<p>EL ULTIMO EMBARAZO:</p> <p>¿FUE DE TERMINO? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/> <input type="text" value="ABORTO"/></p> <p>¿EL PARTO FUE NORMAL? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/> <input type="text" value="CESAREA"/></p> <p>¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p>	
<p>6. F.P.P.</p> <p>DIA <input type="text" value=""/></p> <p>MES <input type="text" value=""/></p> <p>AÑO <input type="text" value=""/></p>	<p>VIDA SEXUAL ACTIVA <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p>	
<p>NUMERO DE HIJOS VIVOS <input type="text" value=""/></p>	<p>VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO <input type="text" value=""/></p>	<p>FECHA DE LA VALORACION</p> <p>DIA <input type="text" value=""/></p> <p>MES <input type="text" value=""/></p> <p>AÑO <input type="text" value=""/></p>

E V O L U C I O N D E L E M B A R A Z O	FECHA CONSULTA PRENATAL			SEMANAS DE GESTACION	PESO (KILOS)	T.A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T.A. MEDIA	EDEMA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO		FRECUENCIA CARDIACA FETAL
	DIA	MES	AÑO							NO	SI	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Mayo - 49 Mayo - 49 Mayo de 1949 - 4 Mayo de 1949 - 4

LABORATORIO

FECHA DE INTERPRETACION			B.H.	PROTEINURIA	ERITROCITURIA	LEUCOCITURIA	BACTERIURIA	POSITIVO		GLUCOSA
DIA	MES	AÑO	HEMOGLOBINA EN GRAMOS	GRAMOS / L	No. POR CAMPO	No. POR CAMPO	No. POR CAMPO	SI	NO	mg / dl
VDRL <input type="checkbox"/> Positivo = 4			9.5 ó menos = 2	300 mg ó más = 4	2 ó más = 2	10 ó más = 2	10 ó más = 2	Positivo = 4		Mayor a 110 = 4
FACTOR RH INCOMPATIBLE <input type="checkbox"/>			después de la semana 34 de la gestación = 4		Dos veces consecutivas = 4	Dos veces consecutivas = 4	Dos veces consecutivas = 4			110 o Menos = 0
			SI = 4 NO = 0							

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

No. CONS.	DIAGNOSTICO	RIESGO OBSTETRICO	TRATAMIENTO	MATRICULA MEDICO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ENVIO A: E.M.I. DIA MES AÑO TRABAJO SOCIAL DIA MES AÑO TOXOIDE TETANICO DIA MES AÑO

R E F E R E N C I A S

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE GINECOBSTERTRICIA

HOSPITAL: _____ DELEGACION: _____

RESUMEN DE ENVIO: _____

DIAGNOSTICO _____

FECHA DE ENVIO DIA MES AÑO

INCAPACIDAD _____ FECHA _____

RAMO (FOLIO DIAS DIA MES AÑO

FIRMA _____ MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

CONTESTACION DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL

DIAGNOSTICO AL ALTA: _____

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO DIA MES AÑO

RECOMENDACIONES AL MED. FAM. _____

INCAPACIDAD: _____ FECHA _____

RAMO (FOLIO DIAS DIA MES AÑO

FIRMA _____ MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

ATENCION DEL PARTO () ENFERMERA PRENATAL HOSPITAL ()

RESUMEN DE ENVIO _____

DIAGNOSTICO _____

FECHA DE ENVIO DIA MES AÑO

INCAPACIDAD PRENATAL FOLIO DIAS DIA MES AÑO

FIRMA _____ MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

CONTESTACION DEL HOSPITAL DESPUES DEL PARTO

FECHA DIA MES AÑO

PARTO: VAGINAL CESAREA

COMPLICACIONES: _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR OTORGADO _____

CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER: VIVO ANGAR A 5'

PESO TALLA SEM GEST MUERTO

PAATOLOGIA EN EL BEBEN NACIDO _____

FECHA DE ALTA DIA MES AÑO

INCAPACIDAD POSNATAL FOLIO DIAS DIA MES AÑO

FIRMA _____ MATRICULA _____

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

CUESTIONARIO DE ENVÍO OPORTUNO DE LA PACIENTE EMBARAZADA EN CONTROL PRENATAL POR LA UMF 41

NOMBRE:

EXPEDIENTE No.:

CONSULTORIO:

TURNO:

ANTECEDENTES:

Anoto edad si () no () riesgo ()
 Anoto peso si () no () riesgo ()
 Anoto talla si () no () riesgo ()
 Anoto escolaridad si () no () riesgo ()
 Anoto gesta (s) si () no () riesgo ()
 Anoto aborto (s) si () no () riesgo ()
 Anoto cesárea (s) si () no () riesgo () riesgo ()[^]
 Anoto intervalo intergésico entre el último parto y el actual embarazo si () no ()
 Antecedentes obstétricos si () cual > riesgo ()
 Antecedentes personales patológicos si () cual riesgo ()
 Tabaquismo + de 10 cigarros si () no () riesgo ()
 Alcoholismo si () no () riesgo ()
 Toxicomanías si () cual no () riesgo ()
 Total del valor del riesgo: ()

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

Anoto fecha de consulta prenatal: si () no ()
 Anoto semanas de gestación: si () no ()
 Anoto peso: si () no () riesgo ()
 Anoto Tensión arterial: si () no () riesgo ()
 Anoto tensión arterial media: si () no () riesgo ()
 Anoto edema si () no () riesgo ()
 Anoto altura de fondo uterino si () no () riesgo ()
 Síndrome vasculoespasmódico si () no () riesgo ()
 Frecuencia cardiaca fetal si () no () riesgo ()
 Total del valor del riesgo: ()

LABORATORIO:

Anoto hemoglobina en gramos si () no () riesgo ()
Anoto VDRL si () no () riesgo ()
Anoto grupo sanguíneo y RH si () no () riesgo ()
Anoto glucemia si () no () riesgo ()
Anoto urocultivo si () no () riesgo ()
Anoto E.G.O. si () no () riesgo ()
Total del valor del riesgo: ()

Se registraron los diagnósticos y tratamientos: si () no () riesgo ()

La paciente embarazada fue enviada a: EMI () 2º Nivel () no se envió ()

Si fue enviada a 2º nivel:

Motivo: termino control prenatal ()
 Embarazo de alto riesgo ()
 Otros ()

Total de numero de consultas de control prenatal: 5 o mas () menos de 5 ()

Hubo alteración del riesgo reproductivo durante la evolución: si () no ()

La interpretación de los datos para valorar el riesgo obstétrico fue adecuada: si () no ()

Contesto la forma MF5/2000 si () no ()
Califico la forma MF5/2000 si () no ()
Identifico patología si () no ()
Realizo Dx. si () no ()
Identifico riesgo obstétrico si () no ()
Realizo acciones si () no ()
Realizo envío si () no ()
Requería envío si () no ()
El envío fue oportuno si () no ()