



11226
29
27

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Jefatura de Enseñanza e Investigación

Universidad Nacional Autónoma de México

“ Factores que influyen en la Mortalidad Perinatal
elevada en la Clínica 20 I, M. S. S. de Tijuana ”

T E S I S :

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

DRA. ANGELA ARREOLA ALVARADO (❖)

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA III, CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**(❖) Médico Residente de Medicina Familiar
de Segundo Año**

**Tijuana, Baja California Norte
Enero de 1984.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS Y DISCUSION.....	10
CUADROS Y GRAFICAS.....	13
CONCLUSIONES.....	29
RESUMEN.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32

I N T R O D U C C I O N

Dentro de los factores que influyen en la mortalidad perinatal tenemos aspectos genéticos, biológicos y sociales que -- afectan tempranamente al feto así como también algunas enfermedades o condiciones maternas que producen hipoxia intrauterina aguda o crónica, es por eso que se lucha por la óptima calidad de la atención prenatal y la pesquisa cuidadosa de las gestantes de alto riesgo las cuales ayudarán a la reducción del índice de mortalidad perinatal (1).

También se ha visto de que existen numerosas evidencias clínicas de que una serie importante de condiciones maternas presentes antes y durante el desarrollo del embarazo tienen influencia en la evolución de la gestación y repercuten en diversos grados en los índices de morbimortalidad materna y perinatal (2).

El análisis de la mortalidad perinatal revela que la tasa es cuatro veces mayor en comparación a la mortalidad general, cifras que no se igualan sino hasta que la población global alcanza un promedio de 64 años de edad.

Entre los eventos de agresión perinatal más estudiados lo ha sido el parto prematuro. Se ha establecido en términos generales que tanto la mortalidad como la frecuencia de secuelas están inversamente relacionadas al peso al nacer y a la duración del embarazo, sin embargo los resultados obtenidos han sido deficientes ya que no se han tomado en cuenta la serie de factores que ocurren tanto en la época prenatal o postrnatal, así como la influencia del medio ambiente.

La idea y practica del control prenatal tuvo sus comienzos en 1901, cuando Ballantyne publicó "alegato en favor de un hospital de maternidad" y está ahora establecida como una rama de la Medicina en todo el mundo. Considerando ahora como ha influido el control prenatal sobre la mortalidad perinatal, es decir la tasa de mortalidad del feto in utero despues de completar la 28ava semana de gestación hasta la primera semana posterior al nacimiento por mil recién nacidos vivos; la tasa de mortalidad perinatal introducida en 1930 ha mostrado un descenso considerable desde la cifra inicial de 63 o/oo a la de 18 o/oo en 1975. (3)

Por estudios realizados en 1958 en la Gran Bretaña sobre muerte perinatal se vió que una gran proporción de muertes se debia a asfixia asociada a preeclamsia materna o embarazo prolongado y reveló tambien las serias implicaciones para el niño de la hemorragia del embarazo. Por lo que creemos que las muertes perinatales por estas causas casi siempre son evitables con una buena atención prenatal, unida a una buena atención del parto y al cuidado neonatal del recién nacido; y que el control prenatal engloba tanto la vigilancia del embarazo hasta la culminación del parto. Sabemos que en otras instituciones la falla ha sido localizada en la atención prenatal inadecuada y que esto repercute en el peso bajo al nacer; y que la mayor incidencia ha sido observada en menores de 20 años y mayores de 34 años a las cuales se les define como embarazo de alto riesgo para las cuales el acudir al control prenatal es de mayor importancia.

El objetivo de los cuidados prenatales consiste en asegurar en lo posible que todo embarazo culmine en una madre y un hijo sanos (7).

Se considera el Control Prenatal dentro del instituto Mexicano del Seguro Social junto con la Planificación familiar de fundamental importancia como programa de salud establecido de antemano para la mujer; además de que este tipo de pacientes se consideran sanos y se ha observado que en forma conjunta cada día es más la demanda de servicio por este concepto. Por lo que el médico de primer nivel tendrá que seguir promoviendo este programa para reducir la tasa de mortalidad perinatal y materna (8).

H I P O T E S I S

- HL.- La mortalidad perinatal elevada está determinada por un inadecuado control prenatal, con influencia de otros factores propios de la madre y del medio ambiente.
- Ho.- El control prenatal inadecuado no es determinante en la elevada incidencia de mortalidad perinatal, ni se puede considerar que influyan factores propios de la madre, ni factores externos.

J U S T I F I C A C I O N .

Se ha observado en los últimos años en la Zona III de Tijuana, que la mortalidad perinatal ha ocupado el 1er lugar de la mortalidad general; durante 1982 según cifras obtenidas del Departamento de Codificación de la C.H. G. No. 20 se registró una tasa de mortalidad perinatal de 22 X 1000 nvr. Similar a la del resto del país, sin embargo resulta elevada al compararse con otros países - (USA) que en ese mismo año registró una tasa de 18 X 1000 nvr. Dada la situación que guarda esta problemática nos motivó a realizar una investigación para conocer cuáles son las causas que están influyendo directa o indirectamente en la elevada incidencia, sabemos de antemano que las causas fundamentales podrían estar concentradas en el control prenatal; dicha aseveración parte del análisis realizado de la mortalidad perinatal en donde las mayores defunciones se suscitan en la mortalidad fetal, registrando una tasa de - - 22.48 X 1000 nvr. De los resultados que se obtengan contribuirán a disminuir la elevada incidencia y consecuentemente se elevará la calidad de la atención médica en beneficio del Derecho - Habiente.

M A T E R I A L

RECURSOS HUMANOS

- Un Medico de 2do año de la Residencia de Medicina Familiar.
- Un director de tesis
- Un asesor Tecnico
- 200 pacientes derecho-habientes
- Un redactor
- Una secretaria

RECURSOS MATERIALES

- Papel
- Plumas
- Lápices
- Marcadores
- Borradores
- Reglas
- Folders
- Cuestionarios
- Bibliotecas
- Calculadora
- Corrector
- Maquina de escribir
- Fotocopias
- Imprenta
- Vehiculo de Transporte

M E T O D O L O G I A.

El presente es un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico sobre los factores que influyen en la mortalidad perinatal elevada de la Clínica 20 IMSS de Tijuana, en 200 mujeres en puerperio que se encontraban hospitalizadas en el piso de Ginecoobstetricia de los cubículos del 1 al 7 en el periodo comprendido del 1ero de septiembre 1983 al 30 de noviembre de 1983.

Como diseño de prueba se estructuró un cuestionario cerrado y dirigido a pacientes puerperas que se atendieron de su parto ya sea X vía vaginal y/o abdominal en la clínica 20 consistentes en 13 preguntas formuladas por un médico del segundo año de la residencia de Medicina familiar del Hospital General de Zona III No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se analizaron los datos recogidos del diseño experimental y las dificultades encontradas, procediéndose a los ajustes necesarios, procurando respuestas concisas y precisas.

La etapa siguiente consistió en la aplicación del cuestionario, se realizó la entrevista en forma directa, personal e individual con cada mujer del universo mencionado.

Las respuestas logradas se agruparon en una hoja de tabulación y se cuantificaron por paloteo; sumándose los datos hasta obtener las cifras resultantes. Como siguiente paso se sacaron porcentajes a las cifras y se organizaron en cuadros y graficas que traducen los resultados de la encuesta de nuestra investigación.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- 1.- Edad en años cumplidos
- 2.- Estado civil:
 - casada por lo civil-Iglesia
 - Casada Civil
 - Madre soltera
 - Unión libre
 - Viuda
 - Divorciada
 - Abandonada
 - Casada por la Iglesia
- 3.- Escolaridad:
 - Analfabeta
 - Primaria
 - Secundaria
 - Preparatoria
 - Técnica
 - Profesional
- 4.- Ocupación:
 - Hogar
 - Empleada
 - Carrera técnica
 - Profesionista
- 5.- Trimestre en que acudió al control prenatal
 - 1er trimestre: del primer mes hasta la atención del parto.
 - 2do trimestre: Final del tercer mes hasta la atención del parto.
 - 3er trimestre: 6to mes en adelante.
- 6.- Patología observada durante el embarazo.
- 7.- Numero de embarazo
- 8.- Numero de horas en Trabajo de parto
- 9.- Tipo de parto: Por vía abdominal y/o vaginal
- 10.- Sexo del producto.

11.- Viabilidad o no del producto y en que periodo.

- a) anteparto
- b) intraparto
- c) postparto

12.- Peso al nacer del niño

13.- Talla de la madre.

RESULTADOS Y DISCUSION.

La edad comprende en este estudio la época reproductiva de la mujer representada en este estudio de los 15 a 44 años, por lo que fué dividido en 5 grupos presentandose mayor incidencia desde los 15 a los 34 años como se puede apreciar en la grafica no. 1.

El estado civil de las 200 mujeres estudiadas el 42.5 % estaban unidas legalmente por lo civil, un 31 % de las mujeres estaban casadas por lo civil y por la iglesia, un 19 % vivian en unión libre y un minimo porcentaje correspondió a otro tipo de estado civil. (grafica 2)

En cuanto a la ocupación encontramos que el 61 % de las pacientes se dedican al hogar esto se puede deber a que en esta etapa la familia se haya en fase de expansión y como es en esta etapa en que sus hijos están creciendo requieren mas cuidados y atención por lo que la mujer trata de permanecer en su hogar por lo menos mas tiempo. Encontramos que el 30 % eran empleadas y unicamente un 9 % desempeñaban alguna carrera tecnica y/o profesional. (grafica 4)

Del total de mujeres que acudieron a control prenatal y atención del parto un 45 % acudió desde el primer mes del embarazo hasta la atención del parto, un 29 % del tercer mes del embarazo en adelante y un 26 % acudió del 6to mes de embarazo hasta la atención del parto.

De las 200 mujeres estudiadas un 60 % de los neonatos fué obtenido por parto eutocico o sea 119 mujeres correspondiendo el 68 % a pacientes cuya edad comprendia de los 20-30 años. Observandose que en los grupos de edad menores de 20 años y mayores de 31 con una estatura inferior a 1.50 metros

...no se presentó ningún parto eutócico.

De las pacientes que acudieron a control prenatal desde el primer trimestre hasta la atención del parto no se observó gran diferencia entre partos eutócicos y distócicos (ver cuadro A) ya que de las 90 pacientes estudiadas el 55 % correspondió a partos distócicos obtenidos por cesarea.

En las pacientes que acudieron a control prenatal en el segundo y tercer trimestre se observó que predominaron los partos eutócicos con un 66 % de 110 pacientes atendidas. Aparentemente el riesgo de ser obtenido el producto por cesarea es mayor cuando acuden desde el primer trimestre del embarazo que si se atienden en el segundo ó tercer trimestre pero si observamos la indicación de la cesarea vemos que con el control prenatal se detectan y previenen riesgos obstétricos conociendo mejor los antecedentes como cesareas previas o se diagnostica algún otro tipo de alteraciones como es la presentación del producto (cuadro B y C).

El cuadro E nos indica el motivo de la cesarea en pacientes que acudieron a Control Prenatal desde el primer trimestre y si lo comparamos con el cuadro F que fueron los pacientes que acudieron en el segundo trimestre vemos que existe mas patologia durante el embarazo por lo que fué indicada la cesarea como preeclampsia severa (2 casos; y obesidad y Diabetes que se podrían haber detectado si hubieran recibido un control prenatal mas regular.

Y si analizamos el cuadro G vemos que la falta de control prenatal repercutió directamente en los neonatos ya que hubo 2 obitos muertos anteparto uno con prematuraz y otro de madre con antecedentes de 4 cesareas que se complicó con ruptura uterina. Y en las pacientes que acudieron desde el primer trimestre hubo unicamente un obito debido a que coin-

....cidió DCP y doble circular de cordón.

Analizando la patología observada durante el embarazo no presentaron complicación 70 pacientes que acudieron desde el primer trimestre del embarazo dandonos un porcentaje de 76.9 %, en el segundo trimestre no presentaron complicación 30 pacientes dandonos un porcentaje de 52.63 % y en el tercer trimestre no presentaron unicamente 25 pacientes siendo un 48.07 % lo que nos indica que el control prenatal nos sirve para detectar y tratar cualquier tipo de patología observada durante el embarazo. (cuadro I)

El número de embarazos correspondió en un 35 % a primigestas en un 59.5 % de 2 - 4 embarazos y unicamente un 5.5 % de 5 - 9 embarazos debido posiblemente a que la mujer actualmente participa en programas de planificación familiar (cuadro H).

El tipo de parto se dividió para su estudio en obtenido por via vaginal (eutosico) y obtenido por via abdominal (distosico).

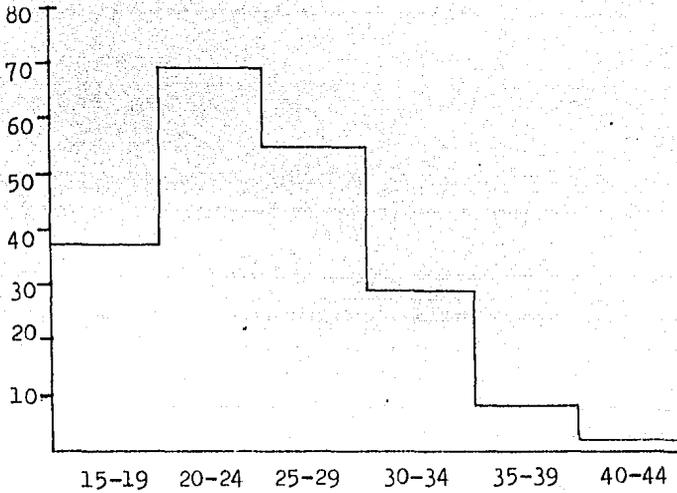
El sexo del producto fué en un 56.6 % masculino y en un 43.5 % femenino grafica 6.

La viabilidad del producto fué de 98.5 % contra un 1.5 % de mortalidad perinatal que ocurrió anteparto. (grafica 7)

Fueron pacientes eutroficos en un 97.5 % y con un 3.5 % de prenatures cuyos pesos fueron menores de 2500 gr.

El número de horas en trabajo de parto correspondió en un 83 % el adecuado y en un 17 por ciento prolongado. grafica 5.

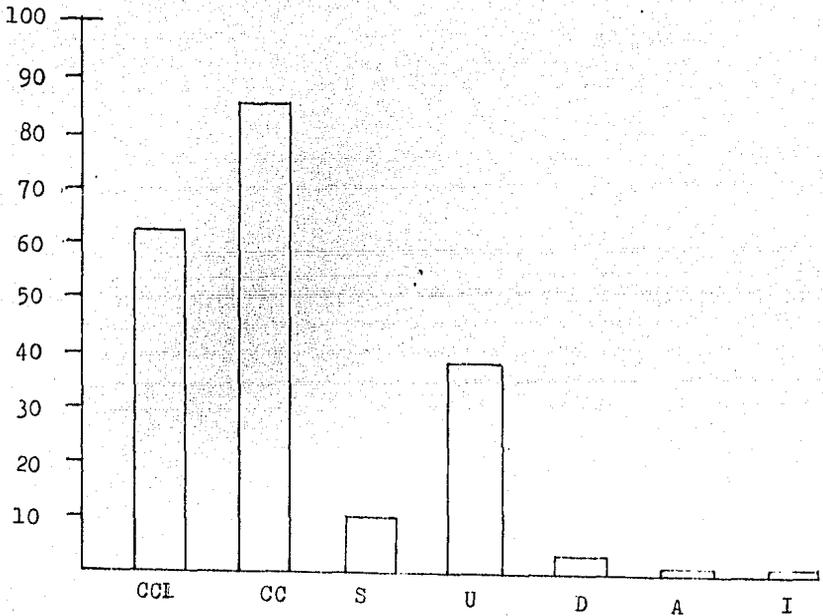
MUJERES POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD.



Grupos de edad en años	mujeres	%
15-19	37	18.5 %
20-24	69	34.5 %
25-29	55	27.5 %
30-34	29	14.5 %
35-39	8	4 %
40-44	2	1 %
TOTAL	200	100 %

GRAFICA 1

ESTADO CIVIL DE PACIENTES PUERPERAS ESTUDIADAS



CCI= Casada civil iglesia

CC = Casada civil

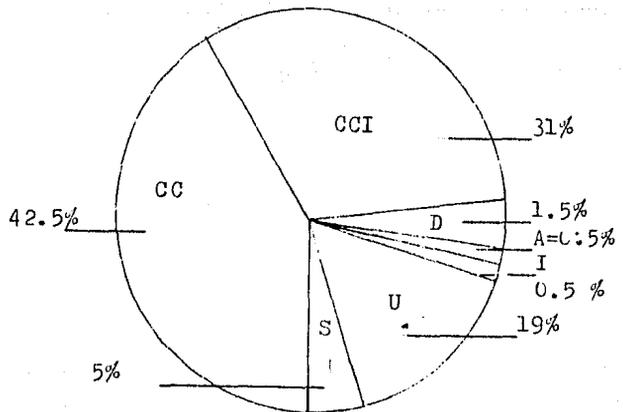
S = Madre soltera

U = Unión libre

D = Divorciada

A = Abandonada

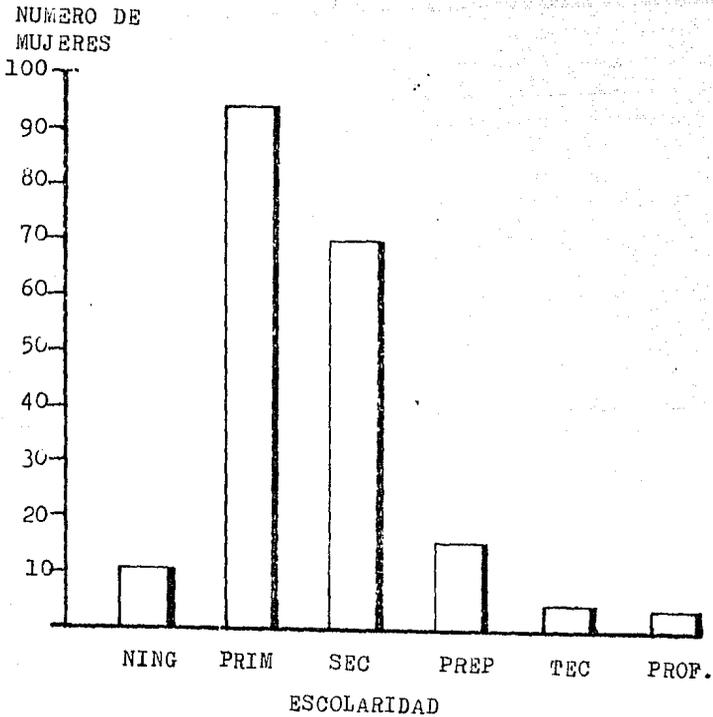
I = Iglesia.



GRAFICA 2

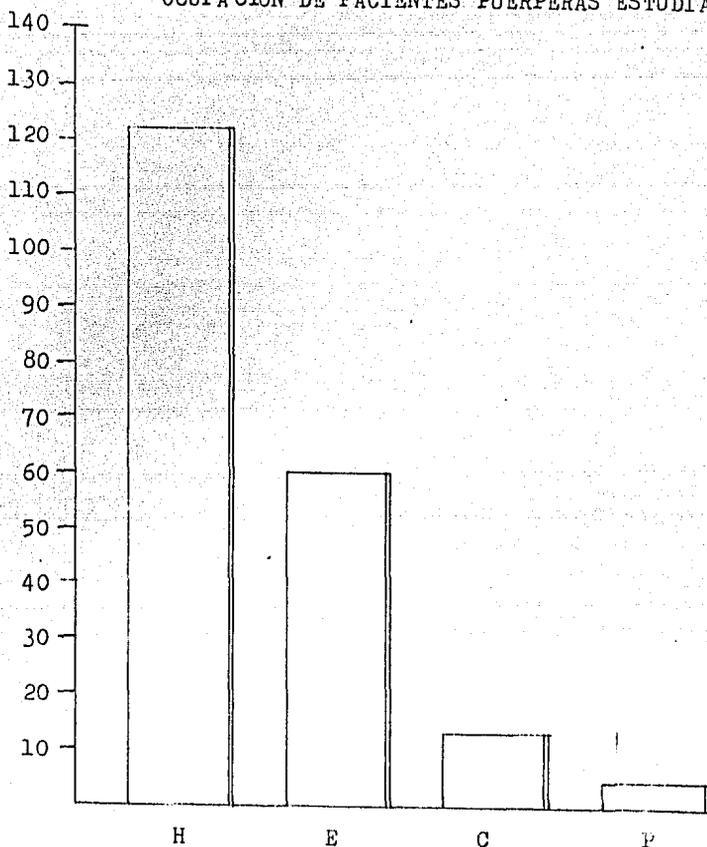
PACIENTES ENCUESTADAS POR GRADO DE ESCOLARIDAD.

Grado de Escolaridad	Pacientes	%
Ninguna	11	5.5 %
Primaria	94	47 %
Secundaria	70	35 %
Preparatoria	16	8 %
C. Tecnica	5	2.5 %
Profesionista	4	2 %
TOTAL	200	100 %



GRAFICA 3

OCUPACION DE PACIENTES PUERPERAS ESTUDIADAS

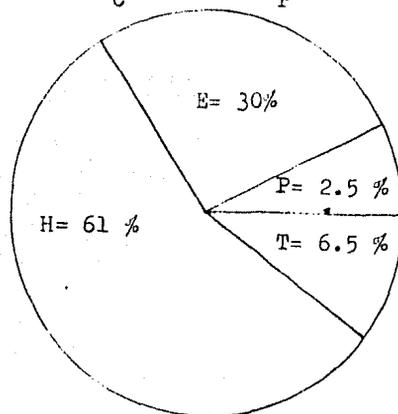


H= Hogar

E= Empleada

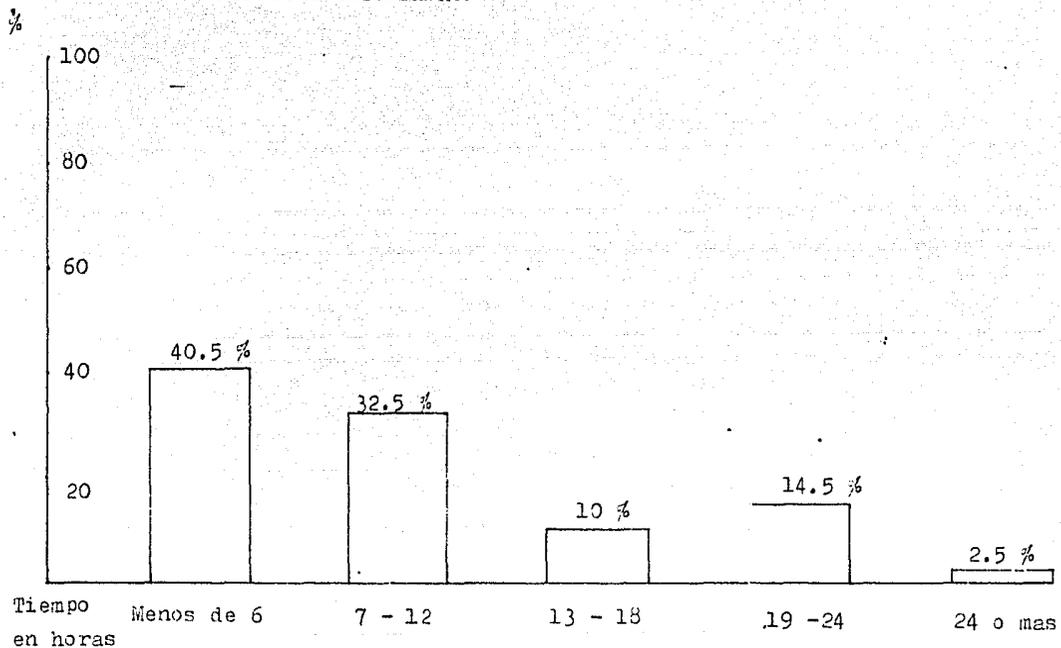
C= Carrera tecnica

P= Profesionista



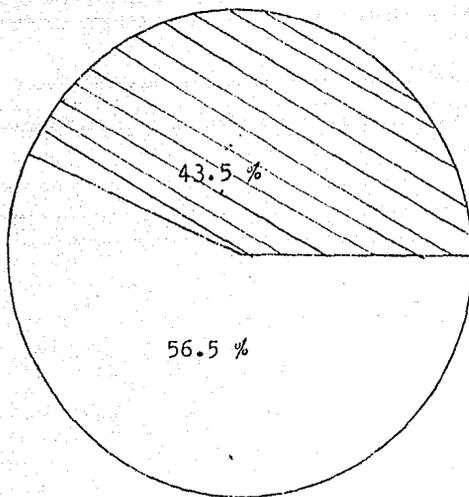
GRAFICA 4

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES ESTUDIADAS.



GRAFICA 5

DISTRIBUCION POR SEXO DE NEONATOS DE PACIENTES ENCUESTADAS



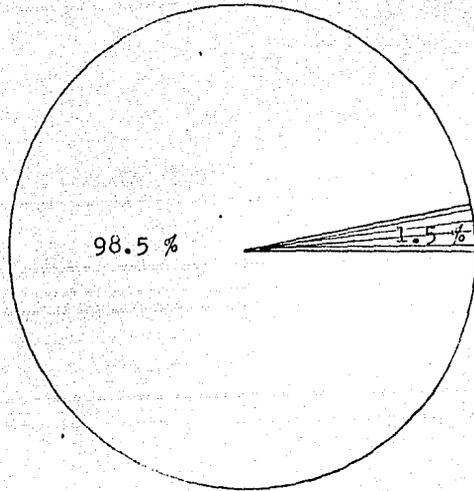
Femenino



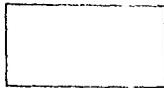
Masculino

GRAFICA 6

1
PORCENTAJE DE VIABILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS 200 NEONATOS
DE PACIENTES ENCUESTADAS.



Muertos



Vivos.

GRAFICA 7

PRIMER TRIMESTRE PARTOS EUTOSICOS			
TALLA m	E D A D		
	- de 20 A	20 - 30	30 ó mas
- 1.50	-	2	-
1.50 - 1.55	3	11	3
1.56 - 1.60	3	9	1
1.60 ó +	-	8	-
TOTAL	6	30	4

PREMER TRIMESTRE PARTOS DISTÓBICOS(CESAREAS)			
TALLA m	E D A D		
	- de 20 A	20 - 30	30 o' mas
- 1.50	4	1	-
1.50 - 1.55	-	14	4
1.56 - 1.60	1	13	2
1.60 ó +	2	8	1
TOTAL	7	36	7

CUADRO A

SEGUNDO TRIMESTRE EUTOSICO			
TALLA m	E D A D		
	- 20 A	20- 30	+ 31
-1.50	-	3	-
1.50 - 1.55	3	7	1
1.56 - 1.60	2	6	2
1.60 ó mas	2	13	-
TOTAL	7	29	3

SEGUNDO TRIMESTRE DISTOSICO (CESAREAS)			
TALLA M	E D A D		
	- 20 A	20 - 30	+ 31
-1.50 m	2	1	1
1.50 - 1.55	2	4	1
1.56 - 1.60	-	2	-
1.60 ó mas	1	4	1
TOTAL	5	11	3

CUADRO B

TERCER TRIMESTRE EUPOSICO			
TALLA m	E D A D		
	- de 20 A	20 - 30	+ 31
-1.50	-	1	-
1.50 - 1.55	9	8	2
1.56 - 1.60	2	3	3
1.60 ó mas	-	5	-
TOTAL	11	17	5

TERCER TRIMESTRE DISTOSICO (CESAREA)			
TALLA m	E D A D		
	- de 20 A	20 - 30	+ de 31
-1.50	1	1	1
1.50 - 1.55	2	6	2
1.56 - 1.60	-	1	-
1.60 ó +	-	2	3
TOTAL	3	10	6

TALLA m	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
- 1.50	8	8	4
1.51-1.55	34	17	29
1.56-1.60	29	12	9
1.60 ó +	19	21	10
TOTAL	90	58	52

E D A D	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
- 20 A	13	12	14
21 - 30	66	40	27
31 ó +	11	6	11
TOTAL	90	58	52

CUADRO D

TIPO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON
A CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

PRIMER TRIMESTRE	# de Pacientes	90
PARTO EUTOCICO	40	
PARTO DISTOCICO	50	

MOTIVO DE CESAREA	# de ptes	
D C P	19	(1)
CESAREA ANTERIOR	14	
PRESENTACION PELVICA	7	
SUFIMIENTO FETAL	3	
T. DE PARTO PROLONGADO	3	
DISTOCIA DE CONTRACION	2	
DESPRENDIMIENTO PRE-MATURO DE PLACENTA	1	
EMBARAZO GEMELAR	1	

(1) UN OBITO

CUADRO E

TIPO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON
A CONTROL PRENATAL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

SEGUNDO TRIMESTRE	# de Pacientes	58
PARTO EUTOCICO	39	
PARTO DISTOCICO	19	

MOTIVO DE CESAREA	# de ptes	
D C P	8	
PREECLAMPSIA SEVERA	2	
SUPRIMIENTO FETAL	2	
PRESENTACION PELVICA	2	
PLACENTA PREVIA	1	
OBESIDAD Y DIABETES	1	
T. DE PARTO IRREGULAR	1	
CESAREA PREVIA	1	
DISTOCIA DE PARTES	1	

blandas

CUADRO F

TIPO DE PARTO DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON
A CONTROL PRENATAL EN EL TERCER TRIMESTRE.

TERCER TRIMESTRE	# de Pacientes	52
PARTO EUTOCICO	33	(1)
PARTO DISTOCICO	19	

MOTIVO DE CESAREA	# de ptes	
CESAREA ANTERIOR	7	(2)
PRESENTACION PELVICA	5	
PRESENTACION TRANS.	3	
D.C.P.	4	

(1) UN OBITO PREMATURO

(2) UN OBITO CON ANTECEDENTE

DE 4 CESARIAS ANTERIORES.

CUADRO G

FRECUENCIA DE EMBARAZOS EN PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD.

Grupos de edad	Mujeres por número de embarazos									suma de mujeres	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
15 - 19	3	1	1	0	0	0	0	0	0	= 37	18.5
20 - 24	24	28	10	4	1	1	0	0	0	= 68	34
25 - 29	12	14	13	8	6	2	1	0	0	= 56	28
30 - 34	3	5	9	7	3	1	0	1	0	= 29	14.5
35 - 39	0	2	1	1	0	0	2	0	2	= 8	4
40 - 44	0	0	1	0	0	0	0	0	1	= 2	1
TOTAL	70	53	35	21	10	4	3	1	3	= 200	100 %

CUADRO H

PATOLOGIA OBSERVADA EN EL EMBARAZO Y SU RELACION CON EL TRIMESTRE EN QUE ACUDIO AL CONTROL PRENATAL

P A T O I O G I A	1er Trimestre		2do Trimes-		3er Trimes-	
	# de casos	%	tre. # de casos	%	tre. # de casos	%
Amenaza de Parto Prematuro	7	7.69	7	12.28	3	5.76
Pre Eclampsia	8	8.79	9	15.78	5	9.61
Amenaza de Aborto	4	4.39				
Ruptura Prematura de Membranas	1	1.09				
Diabetes Mellitus			1	1.75		
Anemia	1	1.09	1	1.75	13	25
Infección de Vias Urinarias			8	14	6	11.53
Obesidad (1)			1	1.75		
Sin Complicaciones	70	76.9	30	52.63	25	48.07
TOTAL	90	100	58	100	52	100

(1. Como condicionante de Patologia.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Del estudio realizado de las 200 pacientes que acudieron al control prenatal y a su atención del parto observamos que su escolaridad influyó de una manera positiva en los resultados obtenidos ya que si tomamos en cuenta que el 62 % de la población estudiada tenía educación primaria básica que de antemano sabemos que la educación va a contribuir en parte a disminuir la incidencia de las complicaciones del embarazo y del parto. Reforzando esta aceveración encontramos que el 73 % está unida legalmente como institución familiar ante la sociedad; además el 66 % de las mujeres estudiadas están comprendidas en edades de 20 - 29 años. Y en cuanto a la ocupación el 61 % permaneció en su hogar esto nos da una idea del cuidado de la mujer ante su embarazo.

Dadas las características particulares del grupo en estudio se observó que el 45 % acudió a control prenatal desde el primer trimestre no así el restante y consecuentemente fué menor el número de complicaciones presentadas lo que no habla que la mujer que acude oportunamente desde su primer trimestre del embarazo a control las posibilidades de llegar a un feliz termino son mayores. Por otro lado la población joven menor de 20 años y mayor de 30 años el riesgo de presentar una complicación es mayor acentuandose mas si acude en el 2do o tercer trimestre del embarazo. Llama la atención que la proporción de partos distosicos (cesareas) fué mayor en el grupo de mujeres que asistieron en el primer trimestre del embarazo, sin embargo sus complicaciones fueron minimas. Esto nos habla que la vigilancia oportuna y permanente da lugar a implementar acciones cuya finalidad es el conservar la salud tanto a la madre como a su hijo.

De los factores antes mencionados que influyeron directa ó indirectamente en la duración del trabajo de parto consecuentemente la duración del mismo fué menor en aquellas mujeres que tenían los factores que conformaban dichos factores, donde el 41 % su duración fué menor de 6 hs esto nos da una idea de la preparación psicologica de la paciente en la atención del parto.

Definitivamente la talla de la mujer y la edad van a jugar un papel primordial en el embarazo. Asi tenemos que a menor talla y a menor edad o mayor talla y mayor edad las complicaciones se presentaron con más facilidad independientemente de los otros factores ya mencionados como educación, ocupación y estudio civil.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo aplicando una encuesta a pacientes que acudieron a control prenatal y atención de su parto en la clínica 20 I.M.S.S. de Tijuana para ver cuales eran los factores que mas influian en la mortalidad perinatal elevada. Por lo que se estudio a 200 pacientes puerperas en el piso de GinecoObstetricia durante el periodo comprendido del lero de septiembre al 30 de noviembre de 1983 y que se encontraran hospitalizadas del cubiculo 1 al 7.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: Unicamente el 45 % acudieron a control prenatal en forma rregular y las pacientes de este grupo tuvieron menor complicaciones en relación a las que acudieron en el segundo o tercer trimestre. La población joven menor de 20 años y la mayor de 30 el riesgo de presentar una complicación es mayor acentuandose mas si acude a control de su embarazo el segundo o tercer trimestre. Se encontró tambien que el tipo de parto por via abdominal está elevado. Tambien vimos que la talla juega un papel importante asi tenemos que a menor edad y menor talla la paciente es candidata a cesarea.

La escolaridad, estado civil, ocupación influyó de una manera positiva en los resultados obtenidos.

En conclusión, la hipotesis planteada en este estudio se considera comprobada. Por lo tanto es el médico familiar como contacto primario el responsable de detectar oportunamente las complicaciones durante el embarazo y dar un tratamiento adecuado y valorar en caso necesario su envio a segundo nivel para asi poder disminuir la mortalidad perinatal.

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

- 1.- Ubaldo Farnot y Cols.: Muerte Fetal Anteparto. Ginec. Obstet. Mex. Vol 39-Año XXXI Num. 231 Enero 1976. Pag 23-29.
- 2.- Krachmer K y Col.: Obstetricia y Medicina Perinatal. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 48-año XXXV Num. 289-Nov. 1980 p. 231-254.
- 3.- Browne.: Atención Prenatal. Buenos Aires, Argentina., Edit. Intermédica 1979. P. 1-6.
- 4.- Ann Oakley.: The relevance of the history of Medicine to an understanding of current change: Some comments from the domain of antenatal care. Soc. Sci. Med. Vol. 16. pp 667 to 674. 1982.
- 5.- Gortmaker.: The effects of prenatal care upon the health of the newborn. Am. J. Public Health 69 (7): 653-660, Jul 79
- 7.- Williams.: Cuidados prenatales. Obstetricia. Editorial Salvat 1975 P. 208-209.
- 8.- La Salud Materno Infantil y la Planificación familiar Bol. Plan. Fam. I.M.S.S. 111 (3), 1981.